

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาเรื่องสถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้วางแนวทางในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาในประเด็นหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์ทางสังคมด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แนวคิดเกี่ยวกับจิตลักษณะด้านสุขภาพ
3. ความเป็นมาของกระบวนการและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
5. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ทางสังคมด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ราชบัณฑิตยสถาน (2546 : 64) ได้ให้ความหมายของคำว่า สถานการณ์ (Situation) หมายถึง เหตุการณ์ที่กำลังเป็นไป และสังคม (Society) หมายถึง คนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน ตามระเบียบ กฎเกณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน จึงสรุปได้ว่า สถานการณ์ทางสังคม หมายถึง เหตุการณ์ที่กำลังเป็นไปของกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน

สถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานการณ์ทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปลี่ยนแปลงไปตามสังคมและการพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดต่างๆดังนี้

เมื่อ พ.ศ. 2521 นานาประเทศได้ให้คำประกาศแห่ง อัลมา-อะตา (Declaration of Alma-Ata) ในการประชุมระหว่างประเทศ ว่าด้วยเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care; PHC) ณ เมือง อัลมา-อะตา ประเทศสหภาพโซเวียต (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542) และในปี พ.ศ.2523 ได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) และ

ประเทศสมาชิกทั่วโลก ในการที่จะสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทย โดยพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์นายกรัฐมนตรี ในขณะนั้นเป็นผู้ลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ (Charter for Health Development) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 ซึ่งการตกลงร่วมกันระหว่างประเทศไทยกับองค์การอนามัยโลกครั้งนั้น เป็นคำยืนยันว่าประเทศไทยจะต้องสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 (Health for all by the year 2000) (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542)

ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) ได้กำหนดให้มีการดำเนินการด้านนี้มากยิ่งขึ้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาเป็นแกนนำในการพัฒนางานสาธารณสุข

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 1

เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย โดยเฉพาะแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคซึ่งไม่รู้เท่าทัน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภาคสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดปัญหาสังคมชนบท โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันปัญหาสังคมในเขตเมือง ก็ซับซ้อนและขยายตัวมากขึ้น

ผลจากการประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานพบปัญหาหลักที่บ่งบอกถึงสัญญาณเพื่อการปรับตัวด้านการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า

1. อาสาสมัคร ไม่ได้ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลาไปเข้ารับการอบรมที่เป็นระยะเวลาการอบรมยาวนานติดต่อกัน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้มีแผนปฏิบัติอย่างชัดเจนในการอบรมอาสาสมัครต่อเนื่อง ส่งผลให้อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้ว่าจะทำอะไรตามบทบาท โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้การกำหนดเวลาที่แน่นอนและหลักสูตรที่ชัดเจนสอดคล้องกับภารกิจที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องปฏิบัติ

ดังนั้นแนวทางการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้มีการทบทวนคุณภาพของอาสาสมัครและปรับกลไกอาสาสมัคร โดยยกระดับบทบาทผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)เพื่อให้เกิดเอกภาพในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญาสุขภาพและ

สาธารณสุขที่เกิดจากภาวะความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในขณะเดียวกัน กองวิชาการได้คิดค้นเทคโนโลยีสนับสนุนชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเป็นศูนย์เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงานแก่อสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาเดิมและใหม่ แต่เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดการถ่ายทอดให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ในระบบและกลไกที่ชัดเจน หลายพื้นที่ไม่ได้เรียนรู้การจัดการเทคโนโลยีที่ดีพอเพื่อใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ได้เรียกร้องให้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเนื้อหาบางเรื่องที่เป็น ปัจจัยสำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของระบบการนิเทศงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังการอบรมมีน้อยมากทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพและผลการดำเนินงานอยู่ในรูปแบบการประสานงาน โดยให้อาสาสมัครช่วยเหลือในการกิจ ของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลในเรื่องดังกล่าวว่าขาดแคลนงบประมาณสำหรับค่าน้ำมัน และค่าเบี้ยเลี้ยงจึงไม่สามารถออกนิเทศได้

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 2

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัวโดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐานได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่องได้แก่

1. พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่
2. การจัดการบริการของ ศสมช.
3. จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาตามส่วนขาดของ จปฐ.รายหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอน

ภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี พบว่างบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในแผนกิจกรรมการศึกษาฐานของอาสาสมัครร่วมกับเจ้าหน้าที่การนำไปจัดกิจกรรมณรงค์แก้ไขปัญหาสาธารณสุขเชิงนโยบายและซื้อยาไว้ใน ศสมช. เกินความจำเป็นซึ่งงบประมาณดังกล่าวมีบางพื้นที่เป็นส่วนน้อยที่ได้นำมาวางแผนใช้ในการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่จากการสำรวจพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ที่ก้าวเข้าสู่การเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7



พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สมบูรณ์น้อยมาก ส่วนใหญ่ตอบว่าผ่านเพียงเวทีการจัดการประชุมของเจ้าหน้าที่เพื่อรับนโยบายไปปฏิบัติในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 งบประมาณด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ส่วนกลางสนับสนุนไปให้จังหวัด มุ่งเน้นการจัดสรรสนับสนุนแผนการจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และแผนงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านสนองตอบภารกิจหลักใน 3 เรื่องดังกล่าวเท่านั้นซึ่งผลจากการประเมินสองทศวรรษ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข มีดังนี้

1. การดำเนินงานของสถานีอนามัยเกือบทั้งหมดจัดให้มีการประชุมประจำเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเด็นการประชุมเป็นเรื่องของการติดตามงาน แจ้งข่าวสาร และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนภารกิจหรืองานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการทำตามกรอบหน้าที่เป็นครั้งคราว และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอและมีประมาณร้อยละ 60 ที่สามารถระบุหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

2. เจ้าหน้าที่เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ต่างคาดหวังการสนับสนุน และช่วยเหลือในการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก เนื่องจากแนวคิดและกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานผูกติดอยู่กับระบบราชการและใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบเดียวกันทั่วประเทศ

จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญระยะที่ 3

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนั้น ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปี สำหรับอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่นพบว่า ค่าช้ากว่าระยะเวลาที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการใช้ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายซึ่งเป็นกระแสหลักที่ส่งการลงไป ประกอบกับช่วง 3 ปีที่ผ่านมาวิกฤติด้านการเมืองที่มีการแข่งขันในระบบพรรคการเมืองสูง องค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถูกมอง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... 31 ต.ค. 2555
เลขทะเบียน..... 250468
เลขที่.....

ด้วยความห่วงใยจากองค์กรอิสระเกรงจะตกเป็นเครื่องมือของนักการเมือง ทำให้การทบทวนและพัฒนา ศักยภาพตนเองและเรียนรู้ความเป็นไปในพื้นที่ตนเองด้วยการได้รับคำปรึกษาขอทราบความเป็นระบบ และองค์กรสนับสนุนรองรับที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง และหน่วยงานสนับสนุนประจำภาคความตระหนัก ในประเด็นดังกล่าว

บริบทสำคัญที่ได้กล่าวมาข้างต้นซึ่งได้นำไปสู่เหตุผลที่เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้บริหาร และ บุคลากร ในสังกัดกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งหลายท่านเป็นส่วนหนึ่งที่ร่วมสมัยทำงานอยู่ในยุคแรกเริ่มของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานต่างได้มองเห็น และตระหนักถึงความสำคัญของหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานในสังคมปัจจุบัน จึงได้ร่วมพลังเครือข่ายสานความคืบหน้าความมุ่งมั่นร่วมกันในการพลิกฟื้นและพัฒนาหลักสูตร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในยุคแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่มุ่งหวังการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคนหวังเห็นคนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546 : 64)

อสม.กับบริบททางประวัติศาสตร์และอุดมการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

บทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสัมพันธ์กับวิวัฒนาการ ทางประวัติศาสตร์ของแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นหลักฐานสำคัญของการสาธารณสุข มูลฐานและเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องรับกับเงื่อนไขทางสังคมการเมืองและปัญหา สุขภาพอนามัยที่สำคัญในยุคนั้น จึงกล่าวได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผลผลิตของ ยุคสมัยแห่งการพัฒนาในบริบทของทศวรรษที่ 2520 อันเป็นบริบททางสังคมการเมืองที่มีการต่อสู้ ทางอุดมการณ์ทางการเมืองและการแย่งชิงมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้น ในเงื่อนไขความสัมพันธ์อำนาจและบทบาทด้านความมั่นคงของรัฐในบริบทดังกล่าวทำให้อาสาสมัคร สาธารณสุขมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและขึ้นตรงต่อระบบราชการ หากมองถึงเงื่อนไข ทางการเมืองยุคหลังสงครามเย็นในปัจจุบัน พื้นที่ทางสังคมได้เปิดให้กับการแสดงออกทางการเมือง และการมีส่วนร่วมของสังคมมากขึ้น พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขเดิมที่อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ ของภาครัฐและราชการจะทำให้มีจิตสำนึกทางการเมืองแบบติดแน่นกับภาครัฐและราชการจนทำให้ จิตสำนึกพลเมืองที่เป็นอิสระไม่สามารถพัฒนาขึ้นได้กว้างเท่าที่ควร ภาวะดังกล่าวกลายเป็นปัญหา ที่ซับซ้อนขึ้นเมื่ออำนาจรัฐมีการเคลื่อนจากภาคราชการไปสู่ภาคการเมืองมากขึ้น ในขณะที่ภาคราชการ ขาดความเข้มแข็งทางวิชาการและไร้อำนาจต่อรองทางการเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงถูกนำมา

เป็นฐานเสียงและเป็นเครื่องมือทางการเมือง การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองโดยขาดจิตสำนึกพลเมืองที่เข้มแข็งนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมีบทบาทเป็นตัวแทนหรือเป็นปากเป็นเสียงให้กับชุมชนของตนเองได้ กระนั้นก็ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข สะท้อนความก้าวหน้าของรฐภาคสาธารณสุขที่สามารถสร้างแนวร่วมการทำงานกับภาคประชาชนได้สูงกว่าส่วนราชการในขณะเดียวกัน สถานการณ์สาธารณสุขในอดีตก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากปัจจุบันบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จึงถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนี้ๆ ซึ่งมีปัญหาสำคัญคือ ภาวะโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดเชื้อ เช่น อุจจาระร่วง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคพยาธิ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสุขภาพจิตและการจัดการน้ำสะอาด เป็นต้น บทบาทของ อสม. จึงตั้งอยู่บนสถานการณ์สุขภาพแบบหนึ่งในขณะเดียวกัน กระแสนโยบายสาธารณสุขมูลฐานตกต่ำลงทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น จากนโยบายเชิงรุกที่ชี้นำกำหนดทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงกลางทศวรรษที่ 2520 กลายเป็นงานเชิงรับที่ถอยร่นและถูกช่วงชิงพื้นที่งานจากนโยบายและทิศทางการใหม่ๆ จากงานที่สามารถระดมบุคลากรที่มีศักยภาพสูงและเป็นพลังฝ่ายก้าวหน้าที่สุดของการสาธารณสุขไทยกลายเป็นงานที่ได้รับลำดับความสำคัญต่ำและยังต้องประทับประคองเอาตัวให้รอดเมื่อเกิดการเปลี่ยนผ่านด้านระบาคติวิทยาและบริบทการทำงาน ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้ง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

สถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระจายตัวเป็นคุ่มเป็นละแวก มีการประชุมกันบางครั้ง ทำงานไม่เท่ากัน อาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย หมู่บ้านละ 10-15 คน มีการเตรียมทีมงาน อาสาสมัครสาธารณสุขการทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการ เช่น การแบ่งงานแบ่งพื้นที่ที่คุ่มละแวกแนวทางการทำงานร่วมกันการสื่อสารพูดคุย การทำแผนปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุข 6 เดือนหรือรายเดือน กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน นโยบาย รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์-ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ นโยบายปลัดกระทรวง วัฒนโรด ไข่เลือดออก นโยบายเขต จังหวัด อำเภอ ปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านปัญหาจากพื้นที่ หรือเรื่องที่พื้นที่ต้องการพัฒนาใช้การพูดคุยถึงเหตุการณ์ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น ทุกข์ของชุมชน มีคนฆ่าตัวตาย มีอุบัติเหตุเกิดมาก เด็กหรือคนอ้วนมาก มีปัญหายาเสพติด คีโมสุรา/สูบบุหรี่ หรือชาวบ้านเจ็บป่วยจากสารเคมี เป็นต้น อาสาสมัครสาธารณสุขในทศวรรษที่ 4 เน้นการพัฒนามากกว่าการบริการความคาดหวังปรับพฤติกรรม 60. คูแลสิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพและมาตรการทางสังคม โอกาสนักสร้างสุขภาพหากทำได้จะเป็นการปฏิรูปงานสาธารณสุขไทยสร้างนำซ่อมสุขภาพ มีจริงในสังคมไทย (ไพศาล เจียนศิริจินดา, 2552)

สามทศวรรษ อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เกือบ 800,000 คน ที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุขไทยเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในรอบ 30 ปีของการพัฒนาสาธารณสุขไทย กล่าวได้ว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระตือรือร้นนี้เองที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล ความสำเร็จอันโดดเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นยังเห็นได้จากการที่หน่วยงานต่าง ๆ มีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้าน การเกษตร ป่าไม้ การศึกษา เป็นต้น ที่สำคัญ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยนั้นได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศอื่นๆ หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้น โดยส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปมากแล้ว แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยนั้นยังดำรงอยู่และมีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น ที่สำคัญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ แม้ว่าจะส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน ซึ่งย่อมมีอยู่บ้างที่เป็นพวกพ้องของผู้นำชุมชนหรือเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยแรงจูงใจจากสิทธิประโยชน์เล็ก ๆ น้อย ๆ แต่เราสามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนดีที่เห็นแก่ส่วนรวมมีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่นรวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข มีความไว้วางใจและมีเข้าใจที่ดีต่องานสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง ๆ โดยไม่ต้องชี้แจงหรือทำความเข้าใจมาก จนอาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอ การมีอาสาสมัครที่มีคุณลักษณะดังกล่าวเป็นกลไกการทำงานนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในอันที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย

จุดแข็ง อสม. ที่เป็นอยู่คือการทำงานที่เสร็จเป็นครั้งคราวในระยะเวลาสั้นๆ

การสำรวจการทำงานตามบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนคือ อสม. ที่มีอยู่นี้มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูลเจ็บป่วย ข้อมูลอนามัย ประชากร สัตว์ปีก การฉีควัคซีน เป็นต้น) การณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดขึ้นครั้งคราวตามฤดูกาล ดังที่มีบทบาทโดดเด่นในเรื่องไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตาม

เงินเดือนของวัยและอาชีพที่กว่า 65% ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และ อสม. ร้อยละ 44.4 มีอาชีพเป็นเกษตรกรและร้อยละ 25.4 ทำงานรับจ้าง ข้อยกักในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากิน และต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. ให้เวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้ ในขณะที่เดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราว ๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งการดูแลสุขภาพต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า อสม. ที่เป็นอยู่อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลสุขภาพตามผู้ป่วยเหล่านี้ การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่นๆ จึงอาจมีความจำเป็น เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนไป

หากพิจารณาจากคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 96.9 ไม่มีการศึกษาต่อเนื่อง ร้อยละ 51.1 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้าง ลักษณะดังกล่าวทำให้ไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่งานอาสาสมัครสาธารณสุขจึงประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมืองในขณะที่เดียวกัน อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะคั้นไม่ใช่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ อสม. ต้องเข้าหา อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นอยู่นั้นมีวุฒิการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. เพียง 7.3% และปริญญาตรีเพียง 1% และเป็นข้าราชการเกษียณอยู่เพียง 4.4 % เท่านั้น ทำให้อาจต้องตั้งคำถามว่า ทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่พร้อมที่จะเสียสละให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง

ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปปรากฏให้เห็นเด่นชัดที่สุดจากการกระจายอำนาจ ซึ่งทำให้การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้านละ 10,000 บาทผ่านไปทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ อบต. และเทศบาลเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบสนับสนุนที่ว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสียในส่วนข้อคั้น การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นจะทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการชุมชนได้ดีขึ้น แต่ก็อาจมีข้อเสียก็คือ ระบบดังกล่าวได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับภารกิจท้องถิ่นโดยตรงในระยะประชิด ซึ่งหากไม่มี

ระบบที่เป็นอิสระมาเป็นตัวกลางก็อาจทำให้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่นส่งผลโดยตรงต่อระบบ อสม. เช่น หาก อสม. ทำงานใกล้ชิดหรือเอื้อประโยชน์ให้กับ อบต. ชุมแรก ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้บริหาร อบต. หลังการเลือกตั้ง อบต. ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่อาจจะยกเลิก อสม. กลุ่มเดิม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการ อสม. ไม่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเมืองในท้องถิ่น หากพิจารณาจากบทเรียนในประเทศอื่นๆ เช่น เนเธอร์แลนด์ ระบบการสนับสนุนงานอาสาสมัครของเขาจะไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากระบบราชการ แต่จะเป็นการให้การสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระที่ทำงานสาธารณะประโยชน์และมีระบบธรรมาภิบาล เช่น การมีคณะกรรมการบริหารที่เป็นอิสระเพื่อให้มีหลักประกันว่าเอาเงินไปใช้ตรงกับวัตถุประสงค์ ที่สำคัญก็คือ การพัฒนาระบบองค์กรสาธารณะประโยชน์ที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการทำงานด้านอาสาสมัคร โดยองค์กรเหล่านี้สามารถทำงานในเนื้อหาที่หลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องเป็นอาสาสมัครเฉพาะด้านและสามารถทำหน้าที่ที่ตรงกับอิทธิพลทางการเมือง รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนที่หลากหลายโดยไม่ต้องผูกติดอยู่กับแหล่งทุนใดแหล่งทุนหนึ่ง ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีพัฒนาการของรูปแบบการจัดการและการประสานงานองค์กรของอาสาสมัคร สาธารณสุขด้วยของการก่อตัวตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับภาคและระดับประเทศขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ได้ทำให้กลไกการสนับสนุนอาจปรับเปลี่ยนไปจากเดิม ที่การสนับสนุนด้านงบประมาณต้องผ่านระบบราชการตรงไปถึง อสม. เป็นรายชุมชน แต่ในขณะนี้ การเกิดชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่า ชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของกระบวนการ อสม. โดยรวม อีกทั้งชมรมในระดับต่างๆ เหล่านี้ยังคงอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนากลไกของตนเอง เพราะข้อมูลที่พักก็คือ อสม. ในชุมชนมีส่วนร่วมและรับรู้ต่อความเคลื่อนไหวในกิจกรรมของชมรมที่เหนือกว่าระดับจังหวัดค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ กลไกที่มีลักษณะรวมศูนย์ในระดับที่สูงกว่า จังหวัดอาจมีความจำเป็นน้อยและตกเป็นเครื่องมือทางการเมืองได้ง่าย ในระดับนโยบายจึงควรให้การสนับสนุนชมรมในระดับอำเภอและตำบลให้มีความเข้มแข็งเพียงพอสำหรับการเป็นฐานของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับท้องถิ่น

การเปลี่ยนแปลงตามแผนพัฒนาสาธารณสุข

ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535- 3539)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจำเป็นต้องเปลี่ยนไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกส่งผลกระทบถึงสังคมไทยในหลายๆ ด้านพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขพบว่า สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สิ่งแวดล้อมถูกทำลาย ปัญหาการย้ายถิ่นของประชาชนจากชนบทสู่เมืองมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานจึงมุ่งเน้น

การยกระดับ เพิ่มศักยภาพและเพิ่มความพร้อมให้องค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้งานในชุมชนสามารถ ดำเนินการพัฒนาต่อไปได้ในสภาวะดังกล่าว เพื่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ขกระดับ ผศ. เป็น อสม. โดยอบรม เพิ่มเติมและต่อเนื่องทั่วประเทศ ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นจุดรวมของข้อมูล ข่าวสาร การให้บริการ การประสานงานต่างๆ ที่ลงสู่ชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุน เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ตรวจเบาหวาน และตรวจคุณภาพน้ำ ฯลฯ เป็นการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจาก พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม พร้อมเงินงบประมาณแห่งละ 1,000 บาท นอกจากนี้ยังส่งเสริม การจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (ชมรม อสม.) โดย อสม. รวมตัวกันตั้งเป็นชมรมๆ เพื่อให้เกิด พลังในการทำงานเป็นกลุ่ม จึงจะสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ในด้านต่าง ๆ เช่น การสร้างขวัญและกำลังใจ วัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานตลอดจนการพัฒนาและวิชาการต่าง ๆ

ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)

แผนพัฒนาฯ ฉบับนี้เป็นจุดหักเหที่สำคัญของการทำงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของ ประชาชนอย่างแท้จริงโดยกำหนดแนวคิด วิธีการดำเนินงานและเป้าหมายต่าง ๆ ตลอดจนผล การดำเนินงานครั้งนี้มีการกระจายภาครัฐสู่ประชาชน จากที่ผ่านมาการกระจายอำนาจจากภาครัฐลงสู่ ประชาชนในรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์ การสาธารณสุขสู่ประชาชน (Transfer Health Technology) ผลก็คือ ประชาชนยังไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตัวเองได้ในระยะแรกนี้ ดังนั้นจึงใช้ รูปแบบการจัดงบประมาณจำนวนหนึ่งสนับสนุนลงสู่หมู่บ้านภายใต้ชื่อบัญชีหมู่บ้าน เพื่อใช้ ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข พัฒนาผู้นำชุมชน และจัดบริการของ ศสมช. เฉลี่ย หมู่บ้านละ 5,000-8,000 บาทต่อปี โดยมีผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำครอบครัวเป็นแกนดำเนินการ ร่วมกับประชาชนในชุมชนการเคลื่อนไหวประชาชนและการสนับสนุน ในอดีตประชาชนเป็นฝ่ายที่ถูก กระทำ ถูกสั่งการ ถูกมอบหมายให้ทำ ส่งผลให้ไม่เกิดความมั่นใจ ไม่กล้าคิดเองทำเอง อาจเป็นจากแนวคิด ของนักวิชาการที่ผ่านมา มองเพียงด้านการให้ความรู้ทางสาธารณสุขอย่างเดียวฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ไม่ได้ ฝึกคิดให้ประชาชนหรือชาวบ้านมีวิธีค้นปัญหาและคิดเชื่อมโยงกับด้านอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กัน ด้วยเหตุนี้ ที่ผ่านมา อสม. 7,000 กว่าคนที่ มีอยู่ทั่วประเทศ จึงมีกิจกรรมและบทบาทในวงแคบ ไม่มีส่วนร่วมต่อ ส่วนรวมมากนัก ดังนั้นในแผนฯ 8 นี้ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานจึงส่งเสริมและ สนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (Community Action) เพื่อการแก้ไขปัญหาและ ป้องกันปัญหาด้านต่างๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญๆ ที่ประชาชนอยากจะทำมากขึ้น เช่น การอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การต่อต้านยาเสพติด การส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมและ ป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน การต่อต้าน ลด ละ เลิก สูบบุหรี่และสุรา ฯลฯ กระบวนการส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก (Concretization) ซึ่งกระบวนการนี้ จะต้อง สอดคล้องกับสภาพต่าง ๆ ของแต่ละท้องถิ่น จึงจะส่งผลในการเสริมสร้างพลังของประชาชนได้

โดยขั้นตอนดังกล่าวเริ่มจากให้ประชาชนรับรู้สถานการณ์ที่ถูกต้องและแท้จริง โดยการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริง ให้รู้สาเหตุ ผลลัพธ์ ผลกระทบ และร่วมหาแนวทางแก้ไข โดยเจ้าหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องและเป็นความจริงให้ประชาชนเกิดจิตสำนึกในปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไข โดยประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมคิดค้น การแก้ไขปัญหาร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ก็จะถูกแก้ไขโดยกลุ่มของประชาชนเอง จะไม่สร้างปัญหาให้กับเจ้าหน้าที่ เหมือนที่ผ่านมาที่เจ้าหน้าที่คิดวิธีการแก้ไขปัญหาเองส่วนใหญ่ โดยอาจไม่ใช้วิธีการที่ประชาชนสนใจ จึงไม่เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเท่าที่ควรให้ประชาชนเกิดความต้องการและเชื่อมั่นในพลังและความสามารถของตน ขณะนี้มีปัญหาอยู่ 2 ด้านคือ ประชาชนยังไม่มีเชื่อมั่นในตัวเอง และเจ้าหน้าที่ยังไม่เชื่อมั่นประชาชน ยังไม่ยอมมอบความไว้วางใจ อำนาจในการจัดการชุมชนให้ประชาชน ประชาชนจึงยังไม่มีโอกาสได้ริเริ่ม เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติจากง่ายไปสู่ยากด้วยตนเอง แม้จะเกิดความบกพร่องไปบ้าง ก็ควรจะประคับประคอง ฝึกฝนให้เกิดความเคยชินจนเป็นประสบการณ์ และกลายเป็นความสามารถที่ยืนหยัด รวมพลังปฏิบัติ (Mass movement) เพื่อแก้ไขปัญหายิ่งปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อส่วนรวมในวงกว้าง การรวมพลังปฏิบัติการแก้ไขปัญหาก็ได้ผลชัดเจนและมากกว่าการแก้ไขปัญหามาเป็นปัจเจกบุคคลดังที่ นพ.ประเวศ วะสี ได้บรรยายสรุปและแสดงเป็นสมการสังคมทางคณิตศาสตร์ไว้ว่า $E = NP$ ($E = \text{energy} = \text{พลังของประชาชน}$ $N = \text{number} = \text{จำนวนคน}$ $P = \text{participation} = \text{ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน}$) เพราะฉะนั้นจำนวนและศักยภาพของพลังประชาชนจะมากขึ้นเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับจำนวนและศักยภาพของคน กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน หากนำสมการสังคมทางคณิตศาสตร์นี้มาใช้กับงานสาธารณสุขมูลฐาน จะเห็นได้ว่าพลังประชาชนในการดำเนินงาน (E) จำนวนคน/อสม. ถึง 700,000 คน (N) และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (P) ที่เห็นได้ชัดเจนก็ได้แก่ การสำรวจ จปฐ. การจัดตั้งกองทุนฯ การจัดตั้งและให้บริการใน ศสมช. ฯลฯ แต่ประเด็นสำคัญที่สุด ก็คือ การที่จะเกิดพลังของประชาชนให้การทำงานให้เกิดความคล่องตัว ควรลดข้อจำกัดและเงื่อนไขบางประการ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการทำงานในฐานะที่เป็นเพียงประชาชนมิใช่ข้าราชการ และที่สำคัญผู้ร่วมงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรช่วยกันคิด คนหาวิธีว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ประชาชนแก้ไขปัญหาก็ด้วยพลังของประชาชนโดยแท้การใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ผ่านมากกว่า 20 ปี มีหลายลักษณะ ทั้งลักษณะปัจเจกชน กลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหและพัฒนาฯ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านหรือชุมชน ก็คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกณฑ์อาสาสมัครครอบครัว และกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข สมาคมและมูลนิธิต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 4-15) ในระหว่างช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ได้เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจขึ้น เมื่อปี 2540 ทำให้เศรษฐกิจของประเทศมีการชะลอตัว ธุรกิจขนาดใหญ่ประสบภาวะล้มละลาย คนไทยว่างงานจำนวนมาก

ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อคนไทยและสังคมไทยเป็นอย่างมาก เกิดปัญหาความยากจน ปัญหาคุณภาพชีวิตต่อเนื่องเรื่อยมาถึงเรื่องสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีผลกระทบและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 เป็นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ถือโอกาสที่จะทบทวนเพื่อปรับหาแนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุขใหม่ โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนานำแนวคิดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพสุขภาพทั้งระบบ เน้นการปฏิรูประบบบริหารจัดการ เน้นการพัฒนาศักยภาพคน และพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวคนให้ประสานสอดคล้องกับการพัฒนาองค์ประกอบอื่นๆ พร้อมๆ กันไป โดยมุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก การสร้างสุขภาพให้ถึงพร้อมทั้งสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์เกี่ยวกับสุขภาพ คือ เป็นสุขภาพเชิงรุก ส่งเสริมให้มีจิตสำนึกและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546 : 65)

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวม ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา รวมทั้งได้อันเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจแบบพอเพียง ตามพระราชดำรัสของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คือปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาให้สังคมไทยสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล การพัฒนาที่มีคุณภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืนให้สังคมไทยเป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีคุณภาพภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2546 : 51 - 59) วิสัยทัศน์ คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน พันธกิจหลัก : การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health) ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพ โดยจะต้องให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาพ โดยแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพคือสุขภาพ คือสุขภาพะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยนิยาม “สุขภาพ” คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้เชื่อมโยงถึงเหตุและปัจจัย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วนแนวทาง

การดำเนินงานของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมฉบับที่ 9 แผนยุทธศาสตร์มีเป้าหมายการดำเนินงานคือระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้ชุมชน มีระบบบริการสุขภาพโดยประชาชนที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล เบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการบริหารจัดการอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพของประชาชนและ การดำรงชีวิตของชุมชน ซึ่งยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน นอกจากการสร้างเงื่อนไข และปัจจัยเอื้อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน การสื่อสารเพื่อประชาชน พัฒนาระบบการจัดการ ความรู้และข้อมูลข่าวสารแล้ว ที่สำคัญคือ การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข และของชุมชน ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึงกระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้น มีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546 : 22) เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมุ่งสู่เป้าหมายให้ ประชาชนมีสุขภาพดี ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศที่มี ความเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาครัฐ จึงมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ภายใต้ การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคมในการคิดริเริ่ม และตัดสินใจในการจัดระบบสุขภาพตาม ความคิด ความต้องการของชุมชนและสังคม ภายใต้แนวทางการพึ่งตนเอง คือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และอยู่ในภาวะแห่งการนำ มิใช่อยู่ในภาวะแห่งการตาม หากสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็ง ค่าใช้จ่าย ด้านการรักษาพยาบาลทั้งภาคประชาชน และภาครัฐ จะสูงขึ้นตลอดเวลา จนประเทศไม่สามารถจะ ให้ การสนับสนุนได้และถ้าสุขภาพภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง ค่าใช้จ่ายทั้งของประชาชนและภาครัฐ จะลดลง เพราะประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง จนไม่เกิดการเจ็บป่วยในส่วนของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 จนถึงฉบับที่ 9 เน้นการพัฒนาที่คน เป็นศูนย์กลางและ ให้ความสำคัญกับประชาชนในทุกระดับ ก็สอดคล้องกับแนวคิดของสุขภาพภาคประชาชนกระทรวง สาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน รับผิดชอบการสุขภาพภาคประชาชน กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์ของการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็น การเริ่มต้นของการพัฒนาศักยภาพคน ในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นทุนทางสังคม เป็นทรัพยากรที่มีค่าต่อการพัฒนาและคุณภาพชีวิตชีวิตของคนไทย

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)

วิสัยทัศน์ประเทศไทยมุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and Happiness Society) คนไทยมีคุณธรรมนำความรอบรู้ รู้เท่าทันโรค ครอบครัวยุบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสันติสุข

เศรษฐกิจมีคุณภาพ เสถียรภาพ และเป็นธรรม สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพ และทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน อยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการประเทศที่มีธรรมาภิบาล ดำรงไว้ซึ่งระบบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และอยู่ในประชาคมโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี

พันธกิจ (1) พัฒนาคนให้มีคุณภาพคุณธรรม นำความรอบรู้อย่างเท่าทัน มีสุขภาวะที่ดี อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ภายใต้คุณภาพของการหลากหลายทางวัฒนธรรม ทรัพยากรทางธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างโอกาสการเรียนรู้คู่คุณธรรม จริยธรรมอย่างต่อเนื่องที่ขับเคลื่อน ด้วยการเชื่อมโยงบทบาทครอบครัว สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษา เสริมสร้างบริการสุขภาพ อย่างสมดุล ระหว่างการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสร้างความปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน

เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคน ให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย โดยเพิ่มจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี พัฒนากำลังแรงงานระดับกลาง ที่มีคุณภาพเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ของกำลังแรงงานทั้งหมด และเพิ่มสัดส่วนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเป็น 10 คน ต่อประชากร 10,000 คน พร้อมทั้งลดปัญหาอาชญากรรมลงร้อยละ 10 และกำหนดให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง มะเร็ง นำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาว

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญา และการเรียนรู้ การเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหาร และการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

ทิศทางการปรับตัวของประเทศไทย

1. การเสริมสร้างทุนเพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

1.1 การเสริมสร้างทุนสังคม ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพคนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยเสริมสร้างสุขภาวะ และความรู้ให้มีภูมิคุ้มกันพร้อมเผชิญ การเปลี่ยนแปลง และก้าวสู่สังคมฐานความรู้ มีจิตสำนึกในการดำรงชีวิตบนพื้นฐานของศีลธรรมอันดีงาม ครอบครัวมีความอบอุ่น มั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคม ประชากรทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มเป้าหมายมีการเตรียม

ความพร้อมให้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีการรวมตัวเป็นเครือข่าย เพื่อการพัฒนา ตลอดจนมีการใช้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ในแต่ละท้องถิ่น ชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสรรค์คุณค่าทางเศรษฐกิจ รวมทั้งดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

2. แนวทางการพัฒนาการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่โดยมุ่งสร้างความมั่นคงด้านอาหารและการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน

2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร ที่มุ่งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ พัฒนาคุณภาพและบริการและการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและการจัดการกับโรคอุบัติใหม่และโรคระบาดซ้ำที่ทันสถานการณ์

2.2 พลิกฟื้นแหล่งอาหารตามธรรมชาติให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตโดยเฉพาะคนยากจนและด้อยโอกาส ส่งเสริมการบริโภคที่ปลอดภัย ใช้สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และวัฒนธรรม ในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี โดยส่งเสริมการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น องค์ความรู้ที่มีอยู่และองค์ความรู้ใหม่ มาพัฒนาให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ สร้างและใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพ แทนการใช้สารเคมี รวมทั้งผสมผสานเทคโนโลยีสะอาดในการทำเกษตรกรรม

2.3 สนับสนุนให้คนไทยลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย รู้จักการป้องกันโรคเบื้องต้น มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เล่นกีฬา ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เสริมสร้างความร่วมมือของ ครอบครัวและชุมชนในการสร้างสุขภาพที่ดีและพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น

2.4 พัฒนาการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย ที่มุ่งการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสรรค์มูลค่าทางเศรษฐกิจ จัดการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนาและพัฒนาบุคลากรที่สามารถผสมผสานการแพทย์แผนไทย/ทางเลือกกับการแพทย์สมัยใหม่

แนวคิดทิศทางการสาธารณสุขมูลฐาน

1. สาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง
2. สาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ด้วยตนเอง

3. ต้องให้ชุมชนรับรู้ถึงปัญหาของชุมชน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และของชุมชน ว่าจะต้องทำงานร่วมกันโดยให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำโดยประชาชนเพื่อชุมชนหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ความร่วมมือของชุมชน อาจจะมีส่วนร่วมในรูปของแรงงาน แรงเงินและความร่วมมือ การปฏิบัติงานต้องทำด้วยความสมัครใจ และไม่หวังผลตอบแทนสุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต เพราะฉะนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การศึกษา การพัฒนาชุมชน การเกษตรและสหกรณ์ ฯลฯ

งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม และสามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้น ๆ งานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐ ในการสนับสนุนระบบส่งต่อ (Referral System) การให้การศึกษาดูเรื่อง ข้อมูลข่าวสาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 12) เห็นได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐาน ก็คือ การที่ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน มาเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำและผู้สนับสนุนให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มบริการด้วยตัวเอง ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และบุคลากรผู้ให้ความช่วยเหลือหรือบริการก็คือประชาชนในชุมชนเอง ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ที่ได้รับการพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถ ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน ซึ่งกลุ่มบุคลากรเหล่านี้ ถ้าได้รับการพัฒนาศักยภาพจากกระทรวงสาธารณสุข จะถูกเรียกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และถ้ารับการพัฒนาจากกรุงเทพมหานคร จะถูกเรียกว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) แต่ขณะนี้กรุงเทพมหานครได้ดำเนินการเปลี่ยนชื่อ อสส. ให้เป็น อสม. เหมือนกันทั้งประเทศเพื่อสิทธิและผลประโยชน์อันพึงได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

องค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element Primary Health Care)

กิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยเหลือบริการกันเอง เรียกว่ากิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานหรือองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน ในปัจจุบันมี 14 ประการดังนี้

1. การโภชนาการ (Nutrition)
2. การสุศึกษา (Education)
3. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation)
4. การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control)
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)

6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment)
7. การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน (Essential Drugs)
8. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning)
9. การดูแลสุขภาพจิต (Mental Health)
10. การทันตสาธารณสุข (Dental Health)
11. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (Community Environmental Control)
12. การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection)
13. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ (Accident and Non-communicable Disease Control)
14. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (Community AIDS Control)

ทุกกิจกรรมจะสำเร็จได้ต้องใช้กลวิธีของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Strategic PHC) โดยที่เป็นการบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งกระบวนการ โดยภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านการวิชาการ ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็น มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ และประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีหลักสำคัญของการสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. **การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation or People Participation. P.P, Community Involvement = CI)** การมีส่วนร่วมของชุมชนนับเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาความสำเร็จหรือความล้มเหลว ของการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญ ตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน การคัดเลือกประชาชนเพื่อเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัคร การฝึกอบรม การจัดให้มีและการติดตามกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ทั้งนี้จะต้องให้ประชาชนได้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามาร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงเพียงแต่การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาเท่านั้น หากแต่จะต้องให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้ประชาชนได้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะทางเลือกและแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมกับชุมชน และร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก โดยใช้ทรัพยากรภายในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดอันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาคนชุมชน ให้มีศักยภาพและขีดความสามารถ

ในการพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง แนวคิดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น อาจแตกต่างกันไปในรายละเอียด แต่แนวคิดหลักยังคงมีจุดร่วมกันอยู่ 3 ประการใหญ่ด้วยกัน คือ

1.1 ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร

1.2 ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น

1.3 ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น นั่นคือจะสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชนนั่นเองรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนนี้มีได้หลายรูปแบบตัวอย่างการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

1.3.1 การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. นั้นต้องเริ่มต้นที่กลุ่มบุคคลในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์ จปฐ. และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อมาเป็นรากฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหของตนเอง โดยกลุ่มประชาชนในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ จปฐ. เป็นเครื่องมือสำคัญในการระดมความร่วมมือ และทั้งระดมทุน ในชุมชน การสำรวจและใช้ผลการสำรวจ จปฐ. ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะยาว หากสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

1.3.2 การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่อง นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในชุมชน เพราะการจัดตั้งกองทุนจะต้องมีการระดมความร่วมมือจากทุกครัวเรือนในชุมชน และจะต้องมีการจัดตั้งกลุ่มคนขึ้นดูแลการบริหารจัดการ เพื่อให้กองทุนนั้นสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขตามที่ต้องการ แต่ทั้งนี้ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขสภาพเศรษฐกิจของชุมชนและตลอดจนพื้นฐานความร่วมมือ และการรวมตัวของประชาชนในชุมชน

1.3.3 การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมกันเพื่อดำเนินงานแก้ปัญหา โดยการจัดศูนย์กลางในการแก้ปัญหาสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นศูนย์กลางที่จะพัฒนาบุคลากรของชุมชนให้มีความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินงาน ใน ศสมช. ได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันประชาชนก็สามารถ รวมกลุ่มบริหารจัดการและดูแลให้บริการใน ศสมช. เป็นไปได้เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

1.3.4 การจัดตั้งกลุ่ม อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกลุ่มชน และระดับบุคคล กล่าวคือ การคัดเลือกและฝึกอบรม อสม. จะเป็นการสร้างกลุ่มประชาชน ในชุมชน ให้มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุข ที่จะเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข

ชุมชน แต่ในขณะเดียวกัน อสม. ก็มีการกิจที่จะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่ถูกต้อง ให้แก่เพื่อนบ้านของตนในชุมชนด้วย

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = A.T) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชน ในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริมและป้องกันโรค ตลอดจนฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้วิธีการง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย สามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัครประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการเหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นและวิถีของชาวบ้าน ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ ทั้งในแง่การผลิตและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างชุมชน เพื่อส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของชุมชน ความสามารถของชุมชน และกระตุ้นให้ชุมชนสนใจในการระดมทรัพยากรมาใช้พัฒนาให้มากที่สุด

เทคโนโลยีที่เหมาะสมนี้รวมถึงตั้งแต่ วิธีการค้นหา กระบวนการแก้ไขปัญหามาจนถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง รูปแบบของเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น ระบบประปาที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดแผนไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น ซึ่งเทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้เดิมในชุมชน ที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการรักษาพยาบาล โรคต่างๆบางอย่าง การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น การใช้อาหารเสริมในการแก้ไขปัญหากลไกการกำจัดน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น หากการเรียนรู้ไปอีกชุมชนหนึ่ง ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเองอาจจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ TCDV (Technology Cooperation among Developing Villages) จะทำให้กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวางรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของตนเอง

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service = BSH หรือ Health Infrastructure) ระบบบริการของรัฐ (BSH) และระบบการบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยกำหนดความมุ่งหมายและการดำเนินงานดังต่อไปนี้

การปรับบริการพื้นฐานของรัฐ มีความมุ่งหมายดังนี้คือ

- 3.1 ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)
- 3.2 การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (Resource Mobilization)
- 3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

3.4 การดำเนินงานเพื่อปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐในช่วงเวลาที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการเพื่อปรับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้เอื้อต่องานสาธารณสุขมูลฐาน อาทิเช่น โครงการบัตรสุขภาพ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือบัตรทอง

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นหรือการประสานงานระหว่างสาขา (Intersectoral Collaboration = IC) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการพัฒนาชุมชน จะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อ มีการผสมผสานระหว่างหน่วยงานของรัฐ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานของเอกชนและชุมชน การผสมผสานทำงานร่วมกันได้นั้น ต้องมีเป้าหมายร่วมกันและความเข้าใจกันเป็นพื้นฐาน อีกทั้งต้องมีการถ่ายทอดข่าวสารให้แก่กันอย่างสม่ำเสมอ ทั้งภายในหน่วยงาน ต่างหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานกับชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นศึกษาแนวทางที่เป็นการพัฒนาจะไม่ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาเบื้องต้น

แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้คือ การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่น ปฏิบัติงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า มิใช่ขอให้บุคลากรหน่วยงานอื่นมาร่วมปฏิบัติงานสาธารณสุข และปัจจัยที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างสาขาเป็นไปอย่างได้ผล คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินงานกิจกรรมใดของหน่วยงานใด ที่จะมีส่วนในการส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เช่น การศึกษา การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมบทบาทขององค์กรชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้การประสานความร่วมมือต้องดำเนินการในหลายระดับ แต่ที่สำคัญนั้นหากสามารถสร้างให้เกิดการร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนเป็นหลัก โดยใช้ชุมชนเป็นผู้กำหนดหรือตัดสินใจ ก็จะช่วยให้ความร่วมมือกันในระดับสูงขึ้นไปได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 6-14) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายชัดเจนที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ก่อนปี พ.ศ.2543 โดยกำหนดให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมารองรับนโยบายโดยตรง ได้ดำเนินงานที่สำคัญๆคือ

1. อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ให้ทำหน้าที่เป็นครูฝึกการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก เน้นการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การสนับสนุนจากภาครัฐ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ให้ชุมชนในชนบทคัดเลือกและอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่างๆ เพื่อเข้ารับการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขสู่ประชาชน ให้ประชาชนมีความรู้และดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้

2. จัดทำแผนเรียนด้วยตนเองของ ผสส. และ อสม. ขึ้นจำนวนกว่า 50 เรื่อง ที่ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้ ผสส. และ อสม. ใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน

3. สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนฯ และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านเพื่อให้ อสม. ฝึกการบริหารจัดการเป็นกรรมการกองทุนฯ และจำหน่ายยาให้แก่ประชาชน โดยที่ประชาชนในหมู่บ้านออกเงินช่วยเหลือหุ้นร่วมกัน เพื่อให้มีการหมุนเวียนยาไว้ใช้ในหมู่บ้านเมื่อยามจำเป็น ครั้งแรกกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนกองทุนฯ ละ 500 บาท เป็นทุนเริ่มต้น มีการส่งเสริมให้ประชาชนมีและใช้สมุนไพรในการดำรงชีวิต และใช้การรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ เป็นการลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นประชาชนได้อย่างแท้จริง

การเตรียมบุคลากรและการพัฒนา

1. การเตรียมบุคลากร ในส่วนกลางซึ่งได้แก่สำนักอนามัย จะแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่เป็นครูฝึกส่วนกลางโดยได้คัดเลือกจากผู้แทนกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เข้ารับการอบรมให้มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดความรู้แก่ครูฝึกระดับภาค นอกจากนี้ยังเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการต่างๆ ติดต่อประสานงาน สนับสนุนการดำเนินงานตามและประเมินผลการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทุกหลักสูตร

2. ครูฝึกระดับภาค เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักอนามัย โดยคัดเลือกจากทุกศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละภาค และทุกสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข เข้ารับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถในการสอนและ การเป็นวิทยากรในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในอนามัยภาคที่รับผิดชอบ โดยแบ่งการสอนตามหัวข้อวิชาที่ได้รับมอบหมายทุกหลักสูตรการอบรม

3. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ จัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน จัดให้มีการไปศึกษาดูงานในต่างจังหวัด ตลอดจนพัฒนาความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานการเตรียมงบประมาณโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้รับงบประมาณจากกรุงเทพมหานคร โดยตั้งไว้ในฝ่าย สาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากร พัฒนาเจ้าหน้าที่ พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข สิ่งสนับสนุนต่างๆ ตลอดจนในเรื่องของการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานเอกชน เช่น องค์กรทุน สงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ องค์กรอนามัยโลก เป็นต้น

สรุปได้ว่าสถานการณ์ทางสังคมด้านสุขภาพเป็นเหตุการณ์ที่กำลังเป็นไป และเรื่องราวที่กำลังเป็นอยู่ของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันตามระเบียบ กฎเกณฑ์โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน ประกอบด้วย สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม ทิศทาง

การสาธารณสุขมูลฐาน และนโยบายเป้าหมายการพัฒนา ซึ่งสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม ภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ไม่ติดต่อทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานคือการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัวโดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว นโยบายเป้าหมายการพัฒนา เป็นแผนพัฒนาสาธารณสุขมุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง และผู้วิจัยได้นำแนวคิดสถานการณ์ทางสังคมด้านสุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานมากำหนดเป็นตัวแปรต้นในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับจิตลักษณะด้านสุขภาพ

จิตลักษณะ หมายถึง ลักษณะที่สะสมมาในตัวบุคคลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเป็นลักษณะค่อนข้างคงที่ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตลักษณะ ได้แก่ เหตุผลเชิงจริยธรรม ลักษณะมุงอนาคต ความเชื่ออำนาจในตน ทักษะคิด แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ค่านิยมความเป็นไทย สถิติปัญญา ประสบการณ์ทางสังคม และสุขภาพจิต

จิตลักษณะด้านสุขภาพ หมายถึง สาเหตุด้านสถานการณ์ภายในและภายนอกของบุคคลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในด้านต่างๆ ในการวิจัยจะศึกษาจิตลักษณะ 3 ด้านคือ ด้านความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจในด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง** ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล บลูมและคณะ (Bloom & Other, 1990 อ้างถึงในอารุอุคคิต, 2551 : 21) จิตลักษณะด้านความรู้ คือ การเป็นผู้มีสติปัญญาดีในเรื่องสุขภาพ โดยให้ความสำคัญในการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองซึ่งมีผลถึงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลมีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ ซึ่งมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม การออกกำลังกายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และการป้องกันโรคต่าง ๆ โดยกรรับรู้ข่าวสารในการป้องกันโรคระบาดต่าง ๆ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคคลในชุมชนให้การดูแลสุขภาพได้

2. **ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง** เป็นความรู้สึกรู้ใจ หรือไม่พอใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใดและดีหรือเลวมีโทษมากน้อยเพียงใด ของทุกสิ่งย่อมมี 2 ด้านคือ ด้านดีและด้านไม่ดีหรือด้านประโยชน์และโทษและเจตนาที่จะกระทำ หรือความมุ่งกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนเองชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อการรักษาสุขภาพ

(ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2548) และทัศนคติจะมีบทบาทในการช่วยให้เราได้ปรับปรุงตนเองและป้องกันตนเอง ให้สามารถแสดงออกถึงค่านิยมต่างๆและให้บุคคลเข้าใจโลกที่รอบตัวเรา ประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการเกิดทัศนคติและเป็นตัวกำหนดทัศนคติของบุคคล ทัศนคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติแต่เป็นสาเหตุอย่างเดียวที่ก่อให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ เช่นเดียวกับการปฏิบัติของบุคคลไม่ได้มีสาเหตุมาจากทัศนคติอย่างเดียว เป็นเป็นผลที่เกิดจากวิถีการครองชีวิต นิสัย สิ่งที่เราคาดหวังจากผลของการกระทำด้วย นอกจากนั้นยังกล่าวอีกว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ได้แก่ แหล่งข่าว ข่าว วิธีการส่งข่าว และผู้รับ ซึ่งในงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นวิธีการศึกษาก็คือ การให้สุขศึกษานั้นเอง (ประภาพรรณ สุวรรณ, 2537)

สรุปได้ว่า ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความรู้พอใจหรือไม่พอใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือการที่มีบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใด และดีหรือเลวมีโทษมากน้อยเพียงใด และเจตนาที่กระทำ หรือความมุ่งกระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนเองชอบหรือไม่ชอบ ที่มีต่อการรักษาสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้คาดว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลสุขภาพ

3. ความเชื่อในตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่ออำนาจในตน (Internal Locus of control) เป็นการคาดหวังโดยทั่วไปของบุคคลว่าผลดีและผลเสียที่เกิดกับตนจากการกระทำของตน ในด้านการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะสิ่งดีหรือไม่ดีก็ตาม เป็นต้นว่าทำดีจะได้ดี ทำชั่วจะได้ชั่ว ผลตอบแทนหรือถ้าตนพยายามมากก็จะได้ผลมากพยายามน้อยก็จะได้น้อย (อุบล เลี้ยววาริน, 2543) ความเชื่ออำนาจในตน หมายถึง ความเชื่อและความคาดหวังของบุคคลว่าผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนนั้น มีตนเองเป็นสาเหตุมากกว่าที่จะเป็นเพราะคนอื่น โชคเคราะห์และความบังเอิญ หรือพระเจ้าบันดาลให้เป็นคนที่เชื่ออำนาจในตนมากจึงเป็นผู้ที่มีความคาดหวังในชีวิต และมีความกระตือรือร้นที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลดีและป้องกันผลเสียที่ตนต้องการ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2548) ความเชื่ออำนาจในตนเป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งแรงจูงใจเป็นสิ่งหนึ่งในพลังความสามารถในการดูแลเพื่อคงไว้และส่งเสริม โครงสร้างหน้าที่ พัฒนาการและความผาสุกในชีวิต (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2535) ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อที่ว่ากระทำของตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นเพราะความสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บจากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะ ดังนั้นที่มีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวสุขภาพและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี

สรุปความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ปริมาณความตระหนักว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการกระทำของตนแทบทั้งสิ้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำ จึงส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูงมีสุขภาพดี

ความเป็นมาของกระบวนการและการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานสุขประจำหมู่บ้าน

สาธารณสุขมูลฐานของไทย เกิดขึ้นในสังคมหรือชุมชนของประเทศไทยมาช้านาน ตัวอย่างคือ “หมอตำแย” ของภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ และ “แม่เฒ่า” ในภาคเหนือ มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือในการคลอด ดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่ พ.ศ.2500 เป็นต้นมา ได้จัดอบรมให้ความรู้เพื่อให้สามารถดูแล และให้บริการเพื่อนบ้านและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และปลอดภัย หมอตำแยที่ได้รับการอบรมให้ความรู้แล้วเรียกกันว่า “ผดุงครรภ์โบราณ”

ในการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยนั้น ประชาชนได้พยายามจัดการรักษาพยาบาลตนเอง ในระยะแรกของการเจ็บป่วย โดยใช้ยาหรือวิธีการที่มีประสบการณ์กันมาหลายชั่วอายุคนนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เรียกกันว่า “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” วิธีการดังกล่าวรักษาโรคได้ไม่ดีเท่าที่ควรประกอบกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังสถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนวิธีการของ “หมอโบราณ” ทำให้เกิดผลเสียขึ้นบ่อยครั้ง ประชาชนเกิดความไม่แน่ใจและไม่เชื่อถือ ความนิยมของประชาชนก็ลดลง ทั้งนี้ได้หมายความว่าประชาชนทั่วไปจะขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง จากประสบการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำการทดลองหลาย ๆ แห่ง พบว่า ถ้านำประชาชนมาพัฒนาให้ถูกต้องในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นแล้ว จะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคลงอย่างมาก เช่น ในปี พ.ศ.2503 กองสุขภิบาล กรมอนามัย ได้ดำเนินการพัฒนาโครงการอนามัยท้องถิ่น โดยมุ่งที่จะป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ อันเกิดจากการที่สภาพการสุขาภิบาลไม่ดี ในการดำเนินงานได้นำเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดการเรื่องสภาพการสุขาภิบาลหมู่บ้าน โดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน เรียกว่า “กรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ซึ่งมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน

พ.ศ.2505 นายแพทย์สมบุญ วัชรวิทย์ได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยอาศัยการสังเกต การปฏิบัติงาน และระเบียบรายงานของสำนักงานผดุงครรภ์ (ปัจจุบันคือ สถานีอนามัย) รวมทั้งสถานีอนามัยชั้น 2 และชั้น 1 (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลชุมชน) ผลการศึกษาพบว่า การใช้บริการสาธารณสุขของ

ภาครัฐ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพมีอัตราการให้บริการต่ำ โดยเฉลี่ยแล้วไม่ถึงร้อยละ 10 โดยเฉพาะการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีอัตราการให้บริการต่ำอย่างชัดเจน

จากสาเหตุดังกล่าว เพื่อจะหาวิธีการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมถึงประชาชนมากขึ้น ใน พ.ศ.2507 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการทดลองที่จังหวัดพิษณุโลกโดยฝึกอบรมเจ้าหน้าที่จากคนหนุ่มสาวที่มีพื้นฐานการศึกษาในท้องถิ่นเพื่อให้บริการสาธารณสุขพร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้อย่างเพียงพอ เมื่อปรากฏว่าเจ้าหน้าที่เหล่านั้นปฏิบัติงานได้ผลดี ก็จะได้รับคัดเลือกส่งไปเรียนพนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ แล้วให้กลับมาปฏิบัติงานในท้องถิ่นเดิม พร้อมทั้งจัดตั้งสถานีอนามัยขึ้นเป็นสถานบริการประจำตำบลนั้นๆเป็นการป้องกันการโยกย้ายของเจ้าหน้าที่ ผลพบว่ารูปแบบนี้ได้ผลดีพอสมควร จึงได้จัดตั้งโครงการปรับปรุงและขยายสถานีอนามัยขึ้นของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ใน พ.ศ.2511-2514 นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ และนายแพทย์ปรีชา คีตสวัสดิ์ได้ทำการศึกษาโครงการสารภี จากการประยุกต์โครงการพิษณุโลก และศึกษาวิวัฒนาการ ด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา จึงได้มีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขจากการประชุมชาวบ้าน หมู่บ้านละ 1 คน และให้มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) โดยการคัดเลือกแบบสั้งคम्मติ 10 หลังคาเรือนต่อ ผสส. 1 คน ผลปรากฏว่าการให้บริการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น และข้อสรุปที่สำคัญที่จะได้จากการทดลองนี้คือการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบท

ต่อมาปี พ.ศ.2515-2519 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครมาลาเรียในจังหวัดที่มีศูนย์มาลาเรียเขตทุกเขต และจังหวัดใกล้เคียง โดยคัดเลือกประชาชนผู้เสียสละรับงานกำจัดไข้มาลาเรีย โดยไม่หวังผลตอบแทนเข้ารับการอบรมและปฏิบัติ พบว่า สามารถกำจัดโรคมาลาเรียได้ผลดี ช่วยให้บริการขยายไปสู่ชนบทได้เป็นจำนวนมาก

กระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยรูปแบบเช่นเดียวกันนี้ไปดำเนินงานในจังหวัดอื่น เช่น ลำปาง นครราชสีมา โดยให้ฝึกอบรม ผสส.ขึ้น และมีการประเมินผลงานปรากฏว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ทำให้บริการสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมประชากรมากขึ้น

ใน พ.ศ.2517-2524 กระทรวงสาธารณสุขทำการวิจัยระบบบริการสาธารณสุขผสมผสานขึ้นที่จังหวัดลำปาง โดยได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ภายใต้ชื่อโครงการ “Development and Evaluation Integrate Delivery Systems (DEIDS)” หรือเรียกสั้น ๆ ว่า “โครงการลำปาง” วิธีการดำเนินการ ก็คือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ตามแนวทางของการสาธารณสุข แม้ว่ารายงานผลของโครงการนี้จะได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ แสดงผลสำเร็จของโครงการไว้หลายประการด้วยกัน รวมทั้ง

การศึกษาเฉพาะกรณีเข้าร่วมประชุมเรื่องการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ที่เมืองอัลมา-อตา ประเทศรัสเซีย ในปี พ.ศ.2521 ด้วยก็ตาม แต่ไม่ปรากฏหลักฐานว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามผลงานของโครงการนี้แต่อย่างใด

และใน พ.ศ.2521 จากการประชุมองค์การอนามัยโลกที่เมืองอัลมา-อตา ประเทศรัสเซีย ตกลงที่จะใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2543) ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

จะเห็นได้ว่าแนวคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของไทยนั้น ดำเนินการมาแล้วอย่างถูกต้องและสอดคล้องกับแนวคิดสากล ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4-5 (พ.ศ.2520 - พ.ศ.2529) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่เหมาะสม ในอันที่จะทำให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วยการสร้างและพัฒนาองค์การประชาชนระดับหมู่บ้านในรูปของอาสาสมัครซึ่งมี 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2537 : 63)

ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้ และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มกระบวนการพัฒนาดังนี้

ปี พ.ศ.2530

มีการประกวดผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นขึ้นเป็นครั้งแรกซึ่งใช้ชื่อว่า “โครงการประกวด ผสส.-อสม.และหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ประจำปี 2530” โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานงานในการคัดเลือก ซึ่งในปีนี้ผู้ชนะการประกวดทุกประเภทรวมทั้งสิ้น 216 คน และเข้ารับรางวัลจาก ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ณ ทำเนียบรัฐบาลเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2530 โดยก่อนรับรางวัล คณะผู้เข้ารับรางวัลได้ไปทัศนศึกษาที่บรมมหาราชวัง สวนสัตว์ดุสิตและฟาร์มจระเข้จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 18 - 20 สิงหาคม 2530

ปี พ.ศ.2532

หลังจากประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในการจัดการประกวดครั้งแรก กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการจัดประกวดทุก 2 ปี โดยในปีนี้ได้เพิ่มการประกวดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในฐานะที่เป็นผู้สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนมาตลอดโดยเปลี่ยนชื่อโครงการในการประกวดครั้งนี้เป็น “โครงการพัฒนาผู้นำชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน” มีผู้เข้ารับ

รางวัลจำนวนทั้งสิ้น 288 คน ซึ่งได้เดินทางเข้าร่วมประชุมสัมมนา ณ สถานพักฟื้นสวาคนิवास จังหวัดสมุทรปราการ มีการทัศนศึกษาสถานที่สำคัญในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ พระบรมมหาราชวัง พระที่นั่งวิมานเมฆและสวนหลวง ร.9 ระหว่างวันที่ 1-3 สิงหาคม 2532 และเดินทางเข้ารับรางวัลจาก รองนายกรัฐมนตรีนายพิชัย รัตตกุล ณ ทำเนียบรัฐบาลในวันที่ 4 สิงหาคม 2532 ในปีนี้ผู้ชนะการประกวดจำนวน 36 คน จาก 9 จังหวัด(เขตละ 1 จังหวัด) ได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลกไปดูงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประเทศอินเดียเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

ปี พ.ศ.2534

การจัดการประกวดยังคงดำเนินต่อไปภายใต้ชื่อโครงการเดิม และสถานที่จัดประชุมที่เดิม แต่ได้เปลี่ยนสถานที่รับรางวัลเป็นห้องประชุมโรงพยาบาลสงฆ์ วันที่ 29 มีนาคม 2534 โดยมีนายแพทย์ ไพโรจน์ ینگสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานในพิธี และผู้ชนะการประกวดจำนวน 36 คนจาก 4 ภาค ได้รับทุนองค์การอนามัยโลกไปศึกษาดูงาน ณ ประเทศเกาหลีและสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ปี พ.ศ.2535

ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลาและทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีรับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

ปี พ.ศ.2536

ในปีนี้ คณะผู้เข้ารับรางวัลแต่ละภาคเดินทางไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค ทั้ง 4 ภาค เป็นเวลา 1 วัน แล้วจึงเดินทางเข้าร่วมพิธีรับรางวัลจาก นายบุญพันธ์ แว้วฒนะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2536 ณ โรงแรม บางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร และผู้ชนะการประกวดจำนวน 36 คน จาก 9 จังหวัด (9 เขตเดิม) ได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลกดูงานประเทศเนปาล อินโดนีเซียและศรีลังกา เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ปี พ.ศ.2537

ปีนี้อถือเป็นปีแห่งประวัติศาสตร์สำคัญยิ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย ที่รัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญมีมติอนุมัติให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ปีนี้จึงนับว่าเป็นปีแรกแห่งการเฉลิมฉลองวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ โดยได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข งานเฉลิมฉลองวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญคือ การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุข ณ บริเวณที่ตั้งกระทรวงสาธารณสุขแห่งใหม่ จ.นนทบุรี ในวันนั้นมีผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขจากทุกจังหวัดทั่วประเทศเข้าร่วมชุมนุมจำนวน 7,000 คน ในส่วนภูมิภาคทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศได้จัด

กิจกรรมรวมพลังบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ พร้อมทั้งร่วมกันจัดตั้ง “กองทุนวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นด้วย และ อสม. ดีเด่นจำนวน 4 คน จับฉลากได้ไปทัศนศึกษา ณ ประเทศสิงคโปร์เป็นเวลา 5 วัน

ปี พ.ศ.2538

เป็นปีแรกของการมี อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค และประเทศ ปีนี้จัดงานขึ้นภายใต้ชื่อ “โครงการพัฒนาผู้นำชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน งานเฉลิมฉลองวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2538” มีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ทำงานดีเด่นและบำเพ็ญประโยชน์แก่ประเทศชาติ และเพิ่มการประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขต และระดับภาคขึ้น รวมทั้งมอบรางวัลสำหรับผู้นำในด้านนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานซึ่งได้แก่ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น และคณะผู้ได้รับรางวัลทั้งหมด เข้ารับรางวัลจากนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขต ระดับชาติ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับภาคทุกภาค รวมจำนวน 99 คน ได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลกไปศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศยังได้จัดงานเฉลิมฉลองวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ และร่วมรณรงค์จัดโรคที่กำลังเป็นปัญหาของประเทศ และป้องกันอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวโรกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จสิริราชสมบัติครบ 50 ปีด้วย

ปี พ.ศ.2539

กิจกรรมในปี นี้ ได้เพิ่มการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นเขตเมืองในระดับจังหวัด รูปแบบการจัดงาน คณะผู้รับรางวัลจำนวนทั้งสิ้น 319 คน เข้าร่วมประชุมที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค และเข้าร่วมกิจกรรมในกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 17-20 มีนาคม 2539 ณ โรงแรมเรดิสัน มีการทัศนศึกษาที่ซาฟารีเวิลด์ และเข้ารับรางวัลจากนายบรรหาร ศิลปอาชา นายกรัฐมนตรี ณ ทำเนียบรัฐบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขต ระดับชาติ รวมทั้งผู้แทนหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นทุกเขต ได้รับทุนไปศึกษาดูงาน ณ ประเทศอินโดนีเซีย เป็นเวลา 4 วัน รวมทั้งยังจัดให้มีกิจกรรม “บริการวัดความดันโลหิตแก่ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป” ในทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 18-22 มีนาคม 2539 เพื่อเฉลิมฉลองพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี

ปี พ.ศ.2540

การจัดงานเฉลิมฉลองวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติครั้งที่ 4 นี้ ได้เพิ่มการประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติเขตเมืองอีก 1 คน และในปีนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น

ระดับชาติเขตชนบท 2 คน เนื่องจากมีความสามารถทัดเทียมกัน กรรมการไม่สามารถตัดสินเป็นเอกฉันท์ได้ ผู้เข้ารับรางวัลทั้งหมดเข้าร่วมประชุมสัมมนาที่ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขภาค และเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมในกรุงเทพมหานครระหว่างวันที่ 17-20 มีนาคม 2540 ณ โรงแรม ปรีณัฏาเพลส และทัศนศึกษาซาฟารีเวิลด์ จากนั้นเข้ารับรางวัลจากนายมนตรี พงษ์พานิช รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ณ ทำเนียบรัฐบาล สำหรับกิจกรรมในปีนี้อาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศได้ร่วมกันรณรงค์ “ต่อต้านยาบ้าทุกหมู่บ้าน” ระหว่างวันที่ 20-27 มีนาคม 2540

ปี พ.ศ.2541

เป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดงานเฉลิมฉลองเพียง 1 วันเท่านั้น คือ วันที่ 20 มีนาคม 2541 เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย การประหยัดของประเทศ มีกิจกรรมการจัดประชุมสัมมนาที่กระทรวงสาธารณสุข และพิธีมอบ เครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ และพิธีมอบรางวัลแก่อสม.ดีเด่นและ หมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ซึ่งผู้ที่ได้รับเครื่องราชฯ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติ ปี 2538-2540 จำนวน 5 คน ส่วนผู้รับรางวัลคือ อสม. ดีเด่นระดับ จังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นกรุงเทพมหานคร และการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยร่วมผู้รับ รางวัลทั้งสิ้น 169 คน โดยมีรองนายกรัฐมนตรีนายสุวิทย์ คุณกิตติ เป็นประธาน และมีการจัดกิจกรรม รณรงค์เรื่อง “บ้านสะอาด” ในสัปดาห์วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 20-27 มีนาคม 2541 โดยเน้นให้ อสม. มีบทบาทเป็นแกนนำหลักร่วมกับประชาชนทำความสะอาดและจัดบ้านเรือน ทั้งในและนอกบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เป็นการสนับสนุนปีแห่งการท่องเที่ยว ของประเทศ

ปี พ.ศ.2542

จากที่มีมติคณะรัฐมนตรีประกาศให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุข แห่งชาติตั้งแต่นั้นจนถึงวันนี้ เป็นเวลา 6 ปีของการจัดงานเฉลิมฉลองวันอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว ซึ่งถือเป็นปีแรกที่ อสม. ดีเด่นกรุงเทพมหานครที่ผ่านการคัดเลือกระดับเขตแล้วมีสิทธิได้รับการคัดเลือก เป็น อสม. ดีเด่นระดับชาติในเขตเมืองด้วย กิจกรรมปีนี้ผู้เข้ารับรางวัลทั้งหมดจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์ ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานภาคก่อน แล้วเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมที่กรุงเทพมหานคร ณ โรงแรมรามาร์เก็ต รวมทั้งรับรางวัลจากนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ณ ทำเนียบรัฐบาล มีการจัด กิจกรรมรณรงค์ “บ้านปลอดขุยลาย” เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาส พระราชพิธีมหามงคลสมัยพระชนมายุครบ 6 รอบ ระหว่างวันที่ 20-27 มีนาคม 2542 พร้อมกันทั่วประเทศ

ปี พ.ศ.2543

ถือเป็นปีที่สำคัญอย่างยิ่งของทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นปีแห่งการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามที่ได้ลงนามไว้ในกฎบัตรกับองค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2520 ซึ่งเราทำสำเร็จได้ในระดับหนึ่ง สร้างความภาคภูมิใจให้กับทุกคนเป็นอย่างมาก และสำหรับการจัดงาน “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ในปีนี้ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้จัดเฉลิมฉลองให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด เขต ชาติ และหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ณ โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร พร้อมทั้งพิธีรับรางวัลจากรองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายกร ทัพพะรังสี ณ คึกสันดิไมตรี ทำเนียบรัฐบาล มีการจัดกิจกรรมรวมพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศเพื่อสร้างประโยชน์ให้แก่สังคม เป็นโครงการรณรงค์ต่อเนื่องจากปี 2542 คือ โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีพระชนมายุครบ 72 พรรษา ในปี 2543 นี้จึงได้จัดกิจกรรมรณรงค์ “บ้านและชุมชนปลอดยุงลาย” ขึ้นระหว่างวันที่ 20-27 มีนาคม 2543 ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศต่างร่วมแรงร่วมใจกันกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อให้ชุมชนปลอดโรคไข้เลือดออก

ปี พ.ศ.2544

14 ปี แห่งการประกาศ อสม. ดีเด่นและครั้งที่ 8 ของการเฉลิมฉลองอย่างยิ่งใหญ่ ปีนี้มีการปรับเปลี่ยนการคัดเลือกอสม.ดีเด่นระดับเขตเป็นอสม.ดีเด่นระดับภาค แบ่งเป็นเขตชนบท 4 คน เขตเมือง 5 คน (รวมกรุงเทพมหานคร 1 คน) แล้วคัดเลือกจากระดับภาคเป็น อสม.ดีเด่นระดับชาติเขตชนบท 1 คน เขตเมือง 1 คน สำหรับการจัดงานฯ ได้ให้ผู้ได้รับรางวัลทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละภาคแล้วเดินทางเข้าร่วมประชุม ณ โรงแรมนารายณ์ ถนนสีลม กรุงเทพมหานคร และเข้ารับรางวัลและเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ (สำหรับ อสม. ดีเด่นปี 2543) ณ คึกสันดิไมตรี ทำเนียบรัฐบาล โดยมีนายพิทักษ์ อินทรวินัยนันท์ รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานในพิธี ส่วนกิจกรรมการรณรงค์ในปีนี้เป็นไปเพื่อความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือทั้งประชาชน อสม. ชมรม อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รณรงค์ร่วมกันภายใต้แนวคิด “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้” ในสัปดาห์วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติระหว่างวันที่ 20-27 มีนาคม 2544

ปี พ.ศ.2545

ปีที่ 9 แห่งการเฉลิมฉลองความของอสม.ที่ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละและความวิริยะอุตสาหะ อุดมทั้งกำลังกาย กำลังใจและทุนทรัพย์ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นปีที่คณะรัฐมนตรีมีมติให้ปีพ.ศ.2545 เป็น “ปีแห่งการพัฒนาอาสาสมัครไทย” จึงเป็น

โอกาสที่ดีที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณงามความดีและเห็นคุณค่าของ อสม. ตลอดระยะเวลากว่า 20 ปี ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีพิธีมอบรางวัลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับชาติ ภาค เขต จังหวัด และผู้แทนหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ ในวันที่ 20 มีนาคม 2545 ณ ทำเนียบรัฐบาล ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุข ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศได้ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ภายใต้แนวคิดที่ว่า “อสม. รวมพลังสร้างสุขภาพ” ระหว่างวันที่ 20-27 มีนาคม 2545 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่กำหนดให้เป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพชาวไทย

ปี พ.ศ.2546

นับเป็นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่อีกปีหนึ่ง คือ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน” สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ตั้งขึ้นใหม่ตามการปฏิรูประบบราชการ เพื่อให้มีความชัดเจนด้านการสร้างผลผลิตของงานราชการ ด้วยการชูแนวคิด “สิทธิหน้าที่ประชาชน” การจัดงานในปีนี้ยังคงความต่อเนื่องจากที่ผ่านมาตามนโยบายรัฐบาล “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ภายใต้ชื่อ “โครงการอสม.รวมพลังมหกรรมสร้างสุขภาพ” เป็นการชุมนุม อสม. ดีเด่นตั้งแต่ระดับตำบลทุกตำบลทั่วประเทศกว่า 8,000 คน ณ อารีนา อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2546 ซึ่งถือว่าเป็นการเฉลิมฉลองเชิดชูเกียรติและมอบรางวัลที่มีการชุมนุมของอสม.ทั่วประเทศจำนวนมากที่สุดครั้งหนึ่ง โดยก่อนหน้านี้นี้วันที่ 16 มีนาคม 2546 อสม.ดีเด่นระดับชาติ ภาค เขต และระดับจังหวัดเข้าร่วมประชุมนัดหมาย ชื่อมพิธีการรับรางวัล ก่อนล่วงหน้า 1 วัน และในส่วนภูมิภาค อสม. ระดับหมู่บ้าน ชุมชนร่วมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันรณรงค์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” พร้อมกันทั่วประเทศ ในช่วงสัปดาห์วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ 20-27 มีนาคม 2546

ปี พ.ศ.2547

การเฉลิมฉลองและเชิดชูเกียรติครั้งนี้มีการเปลี่ยนการคัดเลือกและตัดสินด้วยการแยกความสามารถ ความชำนาญและผลงานของอสม.แบ่งออกเป็นสาขา 10 สาขาฉะนั้นจึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด เขต ภาคและระดับภาคอย่างละ 10 คน 10 สาขาผู้ได้รับรางวัลทั้งหมด ร่วมประชุมสัมมนาที่โรงแรมเม็กซ์ ถนนพระราชมารดา ก่อนหนึ่งวันก่อนที่จะเข้าร่วมชุมนุมใหญ่ร่วมกับ อสม. ดีเด่นระดับตำบลทั่วประเทศรวมจำนวนกว่า 8,000 คน เพื่อเชิดชูเกียรติ มอบเครื่องราชอิสริยาภรณ์ และรางวัล อสม. ดีเด่นทุกระดับ ณ อารีนา อิมแพ็ค เมืองทองธานี ในวันที่ 20 มีนาคม 2547 และในระหว่างสัปดาห์วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ 20-27 มีนาคม 2547 ได้มีการรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพ ด้วยการเดินแอโรบิกตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดพร้อมกันทั่วประเทศ ซึ่งถือว่าการเริ่มต้นการสร้างกระแสการออกกำลังกายแก่ประชาชนชาวไทยได้เป็นอย่างดีครั้งหนึ่งด้วย

ปี พ.ศ.2552

นาย อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง โดยรัฐบาลจัดบริการสุขภาพที่ประชาชนทำเองไม่ได้ และเร่งพัฒนาประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่ให้พื้นฟูงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของสังคม ท้องถิ่น ชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดทิศทางและบริหารจัดการสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุน อสม. ให้มีโอกาเรียนต่อในระบบการศึกษาออกโรงเรียน เพิ่มการสนับสนุนความเข้มแข็งของชมรม เครือข่าย อสม. รวมทั้งส่งเสริมบทบาท อสม.ในการทำงานเชิงรุกสร้างสุขภาพประชาชน โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานเดือนละ 600 บาท และปรับปรุงสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้ อสม. และครอบครัว ให้ทุนการศึกษาแก่ อสม. และบุตร เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ อสม. ปฏิบัติงานได้อย่าง คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ เป็นพลังในการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มาสู่คนไทย

จากจุดเปลี่ยนแปลงสำคัญของแผนพัฒนาสาธารณสุข สรุปได้ว่า ช่วง พ.ศ. 2530-2534 มุ่งเน้นการพัฒนาระบบอาสาสมัครเชิงคุณภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ การจัดอบรมพื้นฟูความรู้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วงพ.ศ.2535-2539 มีการทบทวนคุณภาพของอาสาสมัครและปรับกลไกอาสาสมัคร โดยยกระดับบทบาทผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดเอกภาพในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณการอบรมพื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่เกิดจากภาวะความเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และช่วง พ.ศ.2540-2544 เน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน ซึ่งในแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้สนับสนุนงบประมาณ 7,500 บาท/หมู่บ้าน/ปี ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้กลไกแกนนำหมู่บ้านนำไปจัดทำแผนภารกิจหลัก 3 เรื่อง ได้แก่ พัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่ การจัดบริการของ ศสมช. และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาตามส่วนขาดของ จปฐ.รายหมู่บ้าน ขณะเดียวกันมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วง พ.ศ. 2545-2549 ได้รับการสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน / ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นของการจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่น พบว่า ถ้าช้ากว่าระยะเวลาที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน และ พ.ศ.2550 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้สร้าง

มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหลักสูตรแกน เพื่อตอบสนองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีอยู่ทั่วประเทศ ณ เวลานี้ กว่า 800,000 คน ให้เป็นแกนนำสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถยื่นหยัดกระทำหน้าที่สมบทบาทอยู่ในหมู่บ้าน

ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 (พ. ศ. 2540 - 2544) ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนมีหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การเผยแพร่ความรู้ การปฐมพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ จึงเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านงานสาธารณสุขเป็นอย่างดี เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน อีกทั้งมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนทุก ๆ ด้านร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง (เมธิ จันทจักรภรณ์ และคณะ, 2542) มีผู้ให้ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้

วรภัทร ค่านบุญเรือง (2551) ให้ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม ยังคงสภาพการเป็นอาสาสมัคร และมีชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุข

ปนัดดา ใจมา (2549) ให้ความหมายของ อสม. ว่าหมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนหรือหมู่บ้านที่ได้รับเลือกจากประชาชน และหรือ ทางราชการ ได้แต่งตั้งขึ้น เพื่อ เป็นตัวแทนของชุมชนหรือหมู่บ้านในการประสานงาน หรือให้การช่วยเหลือทางการในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเป็นผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านในเวลาเดียวกันได้

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2546) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงหมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ประชาชนคัดเลือกให้เป็นตัวแทนคนในชุมชน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เมธิ จันทจักรภรณ์ และคณะ (2542) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนมีหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การเผยแพร่ความรู้ การปฐมพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ

จากการศึกษาความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขที่ประชาชนคัดเลือกให้เป็นตัวแทนคนในชุมชน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546)

1. เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน (หรือผู้ใหญ่บ้าน /กำนัน รับรอง)
2. มีความรู้ขั้นต่ำ สามารถอ่านออกเขียนได้
3. เป็นบุคคลที่สมัครใจเสียสละ เต็มใจเป็น อสม. เพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
4. เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วม หรือเคยเข้าเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขและมีจิตใจ

ที่ต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง

5. เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านหรือประชาชนรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

6. ไม่เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาก่อนที่จะสมัคร ใจเป็น อสม.

7. ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน อสม. ประชุมเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีผลการปฏิบัติงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

8. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

9. สุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างได้

10. เป็นบุคคลที่มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยไม่รบกวนเวลาทำมาหากินและชีวิตครอบครัว

วิธีการคัดเลือก

วิธีการคัดเลือกใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้ (กองสุศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546)

1. สังคมมิติ

2. การลงคะแนนและลายมือชื่อรับรองและยินยอมจากประชาชนในละแวกบ้านที่แสดงเจตจำนง ให้บุคคลเป็นผู้ดูแลสุขภาพ โดยเป็น อสม.

3. กลุ่มผู้นำชุมชนเป็นคณะดำเนินการสรรหา

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมชาวบ้าน กรรมการหมู่บ้าน อบต. และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงการคัดเลือกคุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำของชุมชนเป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหา

3.2 แบ่งละแวกบ้านหรือคุ้มบ้าน ละแวกบ้านละ 8-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงให้ทุกบ้านรับทราบ

3.3 เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีคุณสมบัติตามกำหนด สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็น อสม.

3.4 ให้ประชาชนในหมู่บ้านหลังคาเรือนละ 1 คน เป็นผู้แทนครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

3.5 คณะดำเนินการสรรหา ดำเนินการคัดเลือกและลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้านหนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชนหรือประชาชนส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน มีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

การฟื้นฟูสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีดังนี้

1. ตาย
2. ลาออก
3. ย้ายที่อยู่หรืออยู่ในหมู่บ้านไม่ถึง 6 เดือน หรืออยู่ในหมู่บ้าน แต่ไม่เคยปฏิบัติงานหรือปฏิบัติงาน ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ป่วย และ พิการ
5. ไม่เคยร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เลย
6. ประชาคมลงมติให้ออก

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และกระทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี ดังนี้

มาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน



4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม
5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก และเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และชุมชน

หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทศวรรษใหม่ ทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน จะเน้นการพัฒนามากกว่าบริการดังนี้

1. ปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่าง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ทำตนเป็นแบบอย่างและสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน
2. ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดโลกร้อน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อรวมทั้งเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน เช่น กิจกรรม เฝ้าระวังทางโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝากครรภ์ การเฝ้าระวัง ด้านส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาด และโรคประจำถิ่น
3. บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนที่มีฐานมาจากแผนที่ยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และจาก แหล่งอื่น ๆ
4. สื่อข่าวสารสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน หรือ เป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง
5. ประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ทำงานเป็นทีม กับ อสม. และกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้นำในการจัดกระบวนการประชุมอย่างสร้างสรรค์โดยเป็นวิทยากรกระบวนการ และอำนวยความสะดวกการประชุมรวมถึงจัดการความรู้
6. ดูแลสิทธิประโยชน์ ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชน ในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูล

ของชุมชนสอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหา ด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป

7. บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การปฐมพยาบาล เบื้องต้น การจ่ายยารักษาโรค การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

8. ปฏิบัติงาน ที่ศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน

8.1 การแบ่งละแวกบ้านและหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

8.1.1 แบ่งโดยใช้แผนที่ชุมชน

8.1.2 แบ่งละแวกบ้าน และกำหนดผู้รับผิดชอบ

8.1.3 แบ่งหลังคาเรือนที่รับผิดชอบในอัตราส่วน 1 คน : 10 – 15 หลังคาเรือน

9. การขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และการออกบัตรประจำตัว อสม.ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานการฝึกอบรม อสม. และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดออกหนังสือรับรองความรู้ความสามารถ แก่ อสม. ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน

สรุปสถานการณ์ทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเหตุการณ์ที่กำลังเป็นไป และเรื่องราวที่กำลังเป็นอยู่ของคนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ ต่อเนื่องกันตามระเบียบกฎเกณฑ์โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน ประกอบด้วย สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐาน และนโยบายเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 20)

1. สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมแออัดแอปรียบผู้บริโภครุ่นใหม่ที่ไม่รู้เท่าทัน

2. ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นทิศทางการสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัวโดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน

3. นโยบายเป้าหมายการพัฒนา เป็นแผนพัฒนาสาธารณสุขมุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ การจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่นมีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อการวิเคราะห์แผนงาน

ด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านมุ่งเน้นการใช้ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามนโยบาย

จากการศึกษาสรุปได้ว่า กระบวนการและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกระบวนการให้บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งว่ามีประโยชน์ และมีเจตนาที่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนเองชอบต่อการรักษาสุขภาพ รวมทั้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และสถานการณ์ทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน ได้แก่ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคมทิศทางการสาธารณสุขมูลฐาน และนโยบายเป้าหมายการพัฒนา และผู้วิจัยได้นำสถานการณ์ทางสังคมด้านสุขภาพมากำหนดตัวแปรต้นในการวิจัยครั้งนี้

แนวคิดกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอกอาจทำไปโดยรู้ตัวไม่รู้ตัวอาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (วิธี แจ่มกระติก, 2541: 14)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรมนามธรรม ตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ (เฉลิมพล ดันสกุล, 2541 : 2)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก การกระทำที่สังเกตไม่ได้ เช่น ผู้กระทำรู้ตัว ไม่รู้ตัว หรือเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก (อัครฤทธิ์ หอมประเสริฐ, 2543 : 10)

โกลเดนสัน (Goldenson, 1984 : 90 อ้างถึงในเบญญา ช้างแก้ว, 2547 : 38) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดหมาย สังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆ ที่ได้ผ่านการใคร่ครวญแล้วหรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นสังเกต และใช้เครื่องมือทดสอบได้

องค์ประกอบของพฤติกรรม

พฤติกรรมมนุษย์มีองค์ประกอบ 7 ประการ คอนบาร์ท (Cronbach, 1972 อ้างถึงในพนิดา เหมโลหะ, 2544 : 12)

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการที่ทำให้เกิดกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการที่เกิดขึ้น ความต้องการบางอย่างสามารถตอบสนองได้ทันที แต่บางอย่างต้องใช้เวลาอันจึงบรรลุความต้องการได้
2. ความพร้อม (Readiness) คือ ระดับวุฒิภาวะหรือความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ
3. สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ
4. การแปลความหมาย (Interpretation) ก่อนที่จะทำกิจกรรมหนึ่งลงไป มนุษย์จะพิจารณาสถานการณ์ก่อนแล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการที่เกิดความพึงพอใจมากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการ
5. การตอบสนอง (Response) เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการโดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นแปลความหมาย
6. ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา (Consequence) เมื่อทำกิจกรรมแล้วย่อมได้รับผลการกระทำนั้น ผลที่ได้รับอาจเป็นไปตามที่คาดคิดหรืออาจตรงข้ามก็ได้
7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Thwarting) ในกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ มนุษย์ก็อาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานการณ์และเลือกวิธีการใหม่

บลูม (Bloom , 1975 : 65 – 197 อ้างถึงในจิรวรรณ จิตวัฒนานนท์, 2550 : 10) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งสังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain)
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain)
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

พฤติกรรมด้านความรู้

พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านสมองเป็นความสามารถทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และ

ทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิจัยและญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับชั้น จากง่ายไปยาก ดังนี้

1. ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน
3. การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น
6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ตีราคาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมา หรือมีอยู่แล้วก็ตาม

พฤติกรรมด้านเจตคติ

เจตคติเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ เจตคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ กันจะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ ได้ดังนี้

1. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าการกระทำ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ
2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย ความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง
3. การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้

ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัด ค่านิยมเข้ากับตนเอง

4. การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิมนั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และการจัดระบบของค่านิยม

5. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีด้านความรู้และด้านเจตคติ เป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน แต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติได้ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice)

จิตลักษณะตามสถานการณ์ หมายถึง สาเหตุทางด้านสถานการณ์ภายในและภายนอกของบุคคลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลในด้านต่าง ๆ ในการวิจัยนี้ศึกษาจิตลักษณะ ด้านคือ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจในด้านสุขภาพซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล บลูมและคณะ (Bloom & Other, 1990 อ้างถึงในศศิธร ภูษณ, 2546) ได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้เป็น 3 ลักษณะคือ 1) พุทธิพิสัย (Cognitive domain) 2) เจตพิสัย (Affective domain) 3) ทักษะพิสัย (Psychomotor domain) และได้กล่าวว่า พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการเรียนการสอนสามารถสังเกตและวัดได้ง่าย เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เบื้องต้นในการนำไปสู่พฤติกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มเจตพิสัยและทักษะพิสัย

จิตลักษณะด้านความรู้ คือ การที่เป็นผู้มีสติปัญญาดีในเรื่องนั้นๆ มีผลวิจัยที่พบว่า ความสำคัญในการเรียนรู้ หรือการศึกษามีผลถึงพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาของ อุบล เลี้ยววาริณ (2534) ได้ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีผลต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ในกรุงเทพมหานคร ในด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพนั้น พบว่า ความรู้ที่ได้รับจากการรับข้อมูล

ข่าวสารสุขภาพเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมในผู้ชายมีตัวทำนาย 14% ถ้าเพิ่มระดับเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษาและทัศนคติต้องทำนายเพิ่มอีก 18% เป็น 32% และกลุ่มอาชีพในโรงพยาบาล ความรู้ที่ได้จากข่าวสารสุขภาพ มีปริมาณตัวทำนาย 9% และถ้าเพิ่มลักษณะมุ่งอนาคตและความเชื่อมั่นอำนาจภายในตน ตัวทำนายเพิ่มอีก 13% รวมเป็น 22% (พรรณราย พัทธกเจริญ, 2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเกินกว่า ร้อยละ 90 ขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะวัดความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจะใช้ความรู้พื้นฐานด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการและการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเช่น โรคอุจจาระร่วงและโรคเบาหวานเป็นต้น

พงศ์ หรดาล (2540 : 42) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก ทำที่ความคิดเห็น และพฤติกรรมของคนงานที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้บริหาร กลุ่มคน องค์กรหรือสภาพแวดล้อมอื่น ๆ โดยการแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกหรือท่าทีในทางยอมรับหรือปฏิเสธ

สร้อยตระกูล (ศิวานนท์) อรรถมานะ (2541 : 64) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ผลผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งออกมาในทางประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านั้นมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น

ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร (2545 : 138) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่ยาวนานพอสมควร

กิบสัน (Gibson, 2000 : 102 อ้างถึงในเทพชัย มาพิทักษ์, 2547) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ตัวตัดสินพฤติกรรมเป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์

เชอร์มาร์ฮอน (Schemerthorn, 2000 : 75 อ้างถึงในพรรณราย พัทธกเจริญ, 2543) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ การวางแนวความคิด ความรู้สึก ให้ตอบสนองในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อคนหรือต่อสิ่งของ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ และทัศนคตินั้นสามารถที่จะรู้หรือถูกตีความได้จาก

สิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

ฮอว์นบี (Hornby, 2001 : 62 อ้างถึงในปรีชา พลเดช, 2548) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ วิถีทางที่คุณคิดหรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง และวิถีทางที่คุณประพฤติต่อใครหรือคนใดคนหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไร

นิวสตรอมและเดวิส (Newstrom & Devis, 2002 : 207 อ้างถึงในพนิดา เหมโลหะ, 2544) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึกหรือความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่าพนักงานรับรู้สภาวะแวดล้อมของพวกเขาอย่างไร และผูกพันกับการกระทำของพวกเขา หรือมีแนวโน้มของการกระทำอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ ที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ โดยที่ทัศนคตินี้ สามารถเรียนรู้ หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ และทัศนคตินั้นสามารถที่จะรู้ หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง พฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ได้แก่ การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม ฯลฯ

พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ

ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (Determinants of Health)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมมนุษย์อาจถูกกำหนดโดยหลายปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางศาสนา ปัจจัยทางมนุษยชาติ ในแง่ของความเป็นมนุษย์ ปัจจัย/ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการดำรงชีวิตหรือครองชีวิตสภาพความเป็นอยู่

พฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายได้หลายความหมาย ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านการเกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959 อ้างถึงใน ไตรจิต ตาควัน, 2551 : 25) พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกายส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็น การกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ 2) เป็นการไม่กระทำ (Non action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็น การไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึง

สถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ ในที่สุด

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมเกือบทุกอย่างของปัจเจกบุคคลจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ภายใต้บริบทนี้เราอาจแยกพฤติกรรมของคนเราออกเป็นสิ่งที่ทำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริมหรือป้องกันสุขภาพ (ดังคำนิยามข้างต้น) หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ ตามความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

ประวัติความเป็นมา

อำเภอกระบุรีนี้ เคยมีฐานะเป็นเมืองจัตวาขึ้นต่อเมืองชุมพรในสมัยกรุงศรีอยุธยาเป็นราชธานีส่วนผู้มีตำแหน่งเป็นเจ้าเมืองกระบุรี ไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าเป็นใครแต่มีผู้เล่าลือต่อ ๆ กันมาว่า เจ้าเมืองกระคนแรก ชื่อ "แก้ว" เป็นชาวเมืองนครศรีธรรมราช ได้มาตั้งหลักฐานเป็นนายบ้านปกครองดูแลทุกข์สุขของราษฎรในแถบนั้นอยู่ภายหลังได้พบกระต๊วหนึ่ง ในแม่น้ำปากจั่น (กระนี้รูปร่างคล้ายเต่า) มีลักษณะสวยงาม มีสีฐานเหมือนทองคำ จึงได้นำไปส่งให้เจ้าเมืองชุมพร เพื่อนำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายพระราชูปถัมภ์ในสมัยนั้น ด้วยความดีความชอบอันนี้ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ท้องถิ่นนั้นเป็นเมืองๆ หนึ่งเรียกว่า "เมืองตระ" ขึ้นกับเมืองชุมพร แต่งตั้งให้นายแก้วเป็นเจ้าเมืองตระ ภายหลังได้เลื่อนบรรดาศักดิ์เป็นที่พระแก้วโกมล ซึ่งเข้าใจว่า เป็นต้นตระกูล "ธนบัตร" ในขณะนี้ เมื่อพระแก้วโกมลถึงแก่กรรมแล้ว ได้แต่งตั้งให้นายเทพ บุตรชายคนที่สองเป็นเจ้าเมืองตระสืบต่อมาภายหลังได้รับเลื่อนตำแหน่งเป็นที่ พระศรีสมบัติ แล้วเรื่องก็สาปสูญไปสถานที่ตั้งเมืองตระครั้งแรกตั้งอยู่ที่ตำบลปากจั่น อำเภอกระบุรีขณะนี้เรื่องสถานที่ตั้งพอจะยืนยันได้ และคราวสงครามมหาเอเชียบูรพา พ.ศ.2484 อำเภอกระบุรี (เมืองตระบุรี) เป็นที่ตั้งกองบัญชาการพันมิตรญี่ปุ่นป้องกันด้านตะวันตกของไทยอีกครั้งหนึ่ง มีเส้นทางรถไฟญี่ปุ่นผ่านอำเภอกระบุรี ถึงกิ่งอำเภอตะกั่ว อำเภอเมืองระนอง เป็นอนุสรณ์อยู่จนบัดนี้ เมืองตระบุรี ได้ยกฐานะลงเป็นอำเภอกระบุรี ในจังหวัดระนอง เมื่อได้จัดการปกครองเป็นมณฑล จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ราวปี พ.ศ.2439 มีหลวงจันทร์ภักดีสีหราชรองเมือง (ย้อย ธนบัตร) เป็นนายอำเภอคนแรก และมีฐานะเป็นอำเภอจนกระทั่งบัดนี้

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอกระบุรี ตั้งอยู่ทางตอนเหนือสุดของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตปกครองใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับเขตตะนาวศรี (ประเทศพม่า) และอำเภอท่าแซะ (จังหวัดชุมพร)

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอท่าแซะ อำเภอเมืองชุมพร และอำเภอสวี (จังหวัดชุมพร)

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอละอุ่น

ทิศตะวันตก ติดต่อกับเขตตะนาวศรี (ประเทศพม่า)

การปกครองส่วนภูมิภาค

อำเภอกระบุรีแบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 7 ตำบล 60 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลน้ำจืด ตำบลน้ำจืดน้อย ตำบลมะมุ ตำบลปากจั่น ตำบลลำเลียง ตำบล จ.ป.ร. ตำบลบางใหญ่

การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอกระบุรีประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลน้ำจืด ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลน้ำจืด
2. เทศบาลตำบล จ.ป.ร. ครอบคลุมพื้นที่ตำบล จ.ป.ร. ทั้งตำบล
3. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำจืด ครอบคลุมพื้นที่ตำบลน้ำจืด (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลน้ำจืด)
4. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำจืดน้อย ครอบคลุมพื้นที่ตำบลน้ำจืดน้อยทั้งตำบล
5. องค์การบริหารส่วนตำบลมะมุ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลมะมุทั้งตำบล
6. องค์การบริหารส่วนตำบลปากจั่น ครอบคลุมพื้นที่ตำบลปากจั่นทั้งตำบล
7. องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลลำเลียงทั้งตำบล
8. องค์การบริหารส่วนตำบลบางใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางใหญ่ทั้งตำบล

ข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง
ในเขตอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง มีจำนวนอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 7 ตำบล

มีดังนี้

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. ตำบลบางใหญ่ | มีจำนวน 53 คน |
| 2. ตำบลลำเลียง | มีจำนวน 138 คน |
| 3. ตำบลน้ำจืด | มีจำนวน 105 คน |
| 4. ตำบลน้ำจืดน้อย | มีจำนวน 61 คน |
| 5. ตำบลมะมุ | มีจำนวน 122 คน |

6. ตำบลปากจั่น	มีจำนวน 180 คน
7. ตำบล จ.ป.ร.	มีจำนวน 224 คน
รวม	มีจำนวน 883 คน

จากข้อมูลพื้นฐานอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง มากำหนดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่ามีผู้ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยไว้อย่างกว้างขวาง ดังนี้

พรรณราย พัทธกเจริญ (2543) ได้ศึกษาจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและจิตของข้าราชการสูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะใส่ใจในสุขภาพของตนเองเนื่องจากสภาพร่างกายเริ่มเสื่อมและเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัย จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่า

พรรณราย พัทธกเจริญ (2544) ได้ศึกษาสถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการมากกว่าเพศชาย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุมากมีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายมากกว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย และในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคมะเร็งมากกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุน้อย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคที่เหมาะสมกว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย

สุทร ต้นปี (2546) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดระนอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดระนอง มีการสร้างสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงนิเสธในระดับต่ำกับการสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเชิงใจ ตัวแปร การคาดหวังมีผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงนิเสธในระดับปานกลางกับการสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

และได้รับการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตในระดับต่ำกับการสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยการทำงาน ตัวแปรการมีส่วนร่วม ของชุมชน/ประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตในระดับต่ำกับการสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/วัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตในระดับต่ำกับการสร้างสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดระนอง คือ การคาดหวังผลประโยชน์ (Bene) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (Time) โดยที่ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นนิเสธ ซึ่งปัจจัยต่างๆมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 22.90

ศศิธร ภูษยัน (2546) ได้ศึกษาเรื่องจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ตัวบ่งชี้ทางจิตทางสังคมทั้ง 6 ตัวแปรเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีปัจจัยสถานการณ์ในระดับสูง คือ ได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัวสูง และได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจากเพื่อนสูง มีปัจจัยจิตลักษณะเดิมในระดับสูง คือ มีลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตนสูง และมีการปฏิบัติทางพุทธศาสนาสูง และมีความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าที่มีปัจจัยดังกล่าวต่ำ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับสูง

เทพชัย มาพิทักษ์ (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรม ในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในระดับดี มีเจตคติ อยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กัน

จงจิต ปินศิริ (2548) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอนาน้อยจังหวัดน่าน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพทางสังคมปัจจัยส่งเสริมได้แก่ การได้รับฝึกอบรมด้านสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยอื่นๆมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ปรีชา พลเดช (2548) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลกะเปอร์ อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง พบว่า การสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลกะเปอร์ อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยเชิงจิตด้านการยอมรับการนับถือมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการคาดหวังผลประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/วัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน/ประชาชน และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลกะเปอร์ จังหวัดระนอง

คำรพ พงศ์อาทิตย์ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการปฏิบัติงานตาม 14 กิจกรรมหลักส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้น กิจกรรมการจัดหายาที่จำเป็นไว้ในชุมชน และการพันตสาธารณสุขมีการปฏิบัติในระดับต่ำเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า ตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ส่วนตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง

อาธร อุคคติ (2551) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ อสม. อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคมปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมด้านสาธารณสุข และการได้รับนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยอื่นๆมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ อสม. และพบว่าปัจจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ อสม. ตามลำดับขั้นและตามความสามารถในการอธิบาย ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม สามารถอธิบายได้เป็นอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ เพศ สถานภาพทางสังคมการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายเพิ่มขึ้นได้ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นที่สนใจศึกษาไม่สามารถเข้าไปอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของ อสม. เพิ่มขึ้นได้จึงไม่ถูกเลือกเข้าไป

แบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างถึงในวรภัทร ด่านบุญเรือง, 2551 : 6) กล่าวว่า การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของบุคคลในหน่วยงาน บุคคลอาจแสดงออกมาทั้งในด้านความคิดและการกระทำ การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้

ความสามารถและทักษะที่บุคคลมีอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับความคิดที่บุคคลมีต่อตนเองว่า ตนเองมีความสามารถหรือไม่มีความสามารถที่จะกระทำนั้น

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ทางสังคมด้านสุขภาพของ และแนวคิดเกี่ยวกับจิต และแนวคิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและได้สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรอิสระได้แก่

1. สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นปัจจัยเกี่ยวกับภาวะความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยและวิถีชีวิตคนไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อม และบรรยากาศถูกทำลาย ก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมาย สังคมเอารัดเอาเปรียบ ผู้บริโภคซึ่งไม่รู้เท่าทัน

2. ทิศทางการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัวโดยจัดให้มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขรวมตัวในรูปแบบของชมรมและสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจจากรัฐสู่ประชาชน

3. นโยบายเป้าหมายการพัฒนา เป็นปัจจัยเกี่ยวกับแผนพัฒนาสาธารณสุขมุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาและบริหารประเทศโดยอาศัยคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสนับสนุนกลไกเครือข่ายหรือภาคีสุขภาพระดับพื้นที่ การจัดสรรงบประมาณสู่ท้องถิ่นมีการริเริ่มแผนปฏิบัติงานของหมู่บ้าน และเมื่อการวิเคราะห์แผนงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านมุ่งเน้นการใช้ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามนโยบาย

4. จิตลักษณะความรู้ในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความสำคัญในการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองซึ่งมีผลถึงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลมีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งมีพฤติกรรมกินที่เหมาะสม การออกกำลังกายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และการป้องกันโรคต่าง ๆ โดยกรรับรู้ข่าวสารในการป้องกันโรคระบาดต่าง ๆ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคคลในชุมชนให้การดูแลสุขภาพได้

5. ความเชื่อ อำนาจในตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการคาดหวังโดยทั่วไปของบุคคลว่าผลดีและผลเสียที่เกิดกับตนจากการกระทำของตนในด้านการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะสิ่งดีหรือไม่ดีก็ตาม เป็นต้นว่าทำดีจะได้ดี ทำชั่วจะได้ชั่ว ผลตอบแทนหรือถ้าตนพยายามมากก็จะได้ผลมาก พยายามน้อยก็จะได้น้อย

6. ทศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึพอใจ หรือไม่พอใจ ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่ามีประโยชน์มากน้อยเพียงใดและดี หรือเลวมีโทษมากน้อยเพียงใด ของทุกสิ่งย่อมมี 2 ด้าน คือ ด้านดีและด้านไม่ดีหรือด้านประโยชน์และโทษ และเจตนาที่จะกระทำ หรือความมุ่งกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนเองชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อการรักษาสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเหมาะสมต่อร่างกายของตนเอง

2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง เพื่อรักษาร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง

3. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ 3 โรคคือ โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วงและโรคเอดส์ และโรคไม่ติดต่อ 1 โรคคือ โรคมะเร็งเต้านม

สรุปจากการเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแนวคิดและงานวิจัยดังกล่าวมาปรับใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง โดยนำมาปรับในการกำหนดตัวแปรต้น ตัวแปรตามและกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย และนำมาประยุกต์ในการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เรื่องสถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกระบุรี จังหวัดระนองได้